

# Beihilfavorschriften des Bundes\* nebst Durchführungshinweisen (kursiv)

(Stand: 1. Januar 2003)

- \* Auch gültig in den Ländern Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen, mit folgenden Abweichungen:
- In Berlin sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe b der Beihilfavorschriften nicht mehr beihilfefähig, mit Ausnahme für diejenigen Personen, die am Stichtag 1. April 1998 das 55. Lebensjahr vollendet hatten oder Versorgungsempfänger oder Schwerbehinderte gewesen sind. Berlin hat zum 1. Januar 2003 eine nach Besoldungsgruppen gestaffelte Kostendämpfungspauschale eingeführt: Die Beihilfe wird bei den Angehörigen der Besoldungsgruppen A7 bis A8 um 50 Euro, A9 bis A12 um 100 Euro, A13, A14, C1 und R1 bis zur 8. Lebensaltersstufe um 100 Euro, A15, A16, B2, C2, C3 und R1 ab der 9. Lebensaltersstufe und R2 um 310 Euro, B3 bis B7, C4, R3 bis R7 um 460 Euro, B8 bis B11 und R8 um 770 Euro gekürzt. Die Kostendämpfungspauschale vermindert sich um 35 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind. Sie macht für Versorgungsempfänger 70 v.H. und für Witwen und Witwer 40 v.H. der genannten Beiträge aus.
  - In Schleswig-Holstein sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus nicht mehr beihilfefähig, mit Ausnahme für diejenigen Personen, die vor dem 1. März 1998 das 70. Lebensjahr vollendet hatten.
  - Brandenburg hat mit Wirkung vom 1. Januar 1999 die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus abgeschafft. Eine Ausnahme besteht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die am 31. Dezember 1998 schwerbehindert gewesen sind.
  - Niedersachsen hat mit Wirkung vom 1. Januar 2002 die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus abgeschafft. Eine Ausnahme besteht für Beihilfeberechtigte, die vor dem 1. Januar 2002 das 65. Lebensjahr vollendet haben oder am 31. Dezember 2001 mit dem Grad der Behinderung von wenigstens 50 behindert sind (Schwerbehinderte), solange diese andauert.
  - Mit Wirkung zum 1. Juli 2003 wird in Bayern anstelle des Selbstbehalts und § 6 Abs. 1 Nr. 6 b) bb) bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen nach Anwendung der persönlichen Bemessungssätze ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt bei Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen 35 Euro pro Aufenthaltstag im Krankenhaus sowie bei der Inanspruchnahme gesondert berechenbarer Unterkunft 25 Euro pro Aufenthaltstag im Krankenhaus.

**Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen  
in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen  
(Beihilfavorschriften – BhV)  
in der Fassung vom 10. Juli 1995,  
zuletzt geändert am 20. Februar 2001**

§ 1

**Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und  
Rechtsnatur**

- (1) <sup>1</sup>Diese Vorschrift regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen. <sup>2</sup>Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.
- (2) Diese Vorschrift gilt für Bundesbeamte und Richter im Bundesdienst sowie Versorgungsempfänger des Bundes.
- (3) <sup>1</sup>Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. <sup>2</sup>Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; er ist nicht vererblich; jedoch ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger bezüglich des für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrages einer Beihilfe zulässig.
- (4) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der Beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder als Pauschale gewährt.

Zu § 1

1. Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird.
2. Die Vorschriften gelten sinngemäß für die in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis zum Bund stehenden Personen, soweit sie keine Ansprüche nach § 27 AbgG haben, und für die Versorgungsempfänger aus diesem Personenkreis.

§ 2

**Beihilfeberechtigte Personen**

- (1) Beihilfeberechtigt sind
1. Beamte und Richter,
  2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
  3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 Beamtenversorgungsgesetz genannten Kinder der in Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen.
- (2) <sup>1</sup>Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten. <sup>2</sup>Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften

nicht gezahlt werden.

- (3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 16 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen.
- (4) Beihilfeberechtigt sind nicht
1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
  2. Beamte und Richter, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 6 Bundesbesoldungsgesetz) beschäftigt sind,
  3. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

Zu § 2

Zu Absatz 1

1. Die in Nummer 3 genannten Personen sind, soweit sie Ansprüche nach Absatz 2 haben, bereits von dem Tage an selbst beihilfeberechtigt, an dem der Beihilfeberechtigte stirbt.
2. Empfänger von Übergangsgeld nach § 47 BeamtVG sowie von Unterhaltsbeitrag auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.

Zu Absatz 2

Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht § 22 Abs. 1 Satz 2, §§ 53 bis 56 und § 61 Abs. 2 und 3 BeamtVG.

Zu Absatz 4

1. Nach § 27 Abs. 1 AbgG erhalten Mitglieder des Deutschen Bundestages und Versorgungsempfänger nach diesem Gesetz einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen in sinngemäßer Anwendung der BhV. Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird statt dessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.
2. Soweit die Mitglieder des Deutschen Bundestages, die zugleich Mitglieder der Bundesregierung oder Parlamentarische Staatssekretäre sind, sich für den Zuschuss nach § 27 Abs. 1 AbgG entscheiden, wird dieser von dem jeweils zuständigen Ministerium der Bundesregierung für den Deutschen Bundestag festgesetzt und gezahlt.
3. Mitglieder der Bundesregierung haben, wenn kein Anspruch nach § 27 Abs. 1 oder Abs. 2 AbgG besteht, Anspruch auf Beihilfen; dies gilt auch nach dem Ausscheiden aus ihrem Amt, sofern ein Anspruch auf Versorgungsbezüge besteht (vgl. Rundschreiben vom 17.12.1959, GMBI 1960 S.13).

§ 3

**Berücksichtigungsfähige Angehörige**

- (1) <sup>1</sup>Berücksichtigungsfähige Angehörige sind
1. der Ehegatte des Beihilfeberechtigten,
  2. die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

<sup>2</sup>Hinsichtlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Angehörige.

- (2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht
1. Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten,
  2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen,
  3. die Kinder<sup>1</sup> eines Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Geburt eines Kindes.

Zu § 3

Zu Absatz 1

1. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 4 Abs. 3 zu beachten.
2. Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familienzuschlag zusteht (z.B. bei Empfängern von Anwärterbezügen) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden (vgl. hierzu § 4 Abs. 6, § 17 Abs. 3 Satz 2).
3. Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt wird, bleiben die Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird.
4. Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen demjenigen zu gewähren, bei dem der Betroffene bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger war.
5. Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe gewährt wird, ergibt sich aus § 17 Abs. 3 Satz 2.

§ 4

**Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen**

- (1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung
1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,
  2. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsbezüge aus.
- (2) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger vor.
- (3) <sup>1</sup>Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. <sup>2</sup>Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.
- (4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 11

\*) Ausnahme siehe Rundschreiben vom 18. September 1985 (GMBI S. 524)

Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 Bundesbeamtengesetz gegen das Bundeseseisenbahnvermögen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) <sup>1</sup>Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Beihilfevorschriften des Bundes im wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. <sup>2</sup>Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt.

## Zu § 4

### Zu Absatz 1

*Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig. Absatz 1 stellt klar, aus welchem Rechtsverhältnis eine Beihilfe beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften zu gewähren ist.*

### Zu Absatz 2

1. Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne der Absätze 2 und 5 nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. Beispiel: Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. Als Angestellte steht ihr insoweit keine Beihilfe zu, da sie in diesem Fall infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach keine Beihilfeberechtigung aus ihrem Arbeitsverhältnis hat. Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin zu.
2. Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen (§ 5 Abs. 4 Nr. 7). Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.
3. Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen Absatz 2 nicht anzuwenden. In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

### Zu Absatz 3

*Die Hinweise zu Absatz 1 und 2 gelten entsprechend. Auf die Auschlussregelung in § 5 Abs. 4 Nr. 3 wird hingewiesen.*

### Zu Absatz 5

*Wird einem teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines Beamten der aufgrund Tarifvertrages zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (z.B. § 5 Abs. 4 Nr. 3) erfüllt sind. Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die aufgrund Tarifvertrag zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 5 Abs. 3 Satz 1). § 5 Abs. 4 Nr. 7 findet keine Anwendung.*

## § 5

### Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) <sup>1</sup>Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. <sup>2</sup>Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebühren-

rahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. <sup>3</sup>Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen. <sup>4</sup>Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

(2) <sup>1</sup>Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dieser berücksichtigungsfähig ist. <sup>2</sup>Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(3) <sup>1</sup>Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. <sup>2</sup>Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind 65 v.H. als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. <sup>3</sup>Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren faktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 v.H. als zustehende Leistung anzusetzen.

<sup>5</sup>Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 Bundesversorgungsgesetz oder hierauf Bezug nehmende Vorschriften,
2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,
3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

<sup>6</sup>Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers und für von diesem verordnete Arznei- und Verbandmittel ohne Anwendung der Sätze 3 und 4 beihilfefähig.

(4) <sup>1</sup>Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen. <sup>2</sup>Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung. <sup>3</sup>Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragsatzes (§ 240 Abs. 3 a SGB V) bemisst oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch
  - a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem SGB V,
  - b) Aufwendungen – mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus –, die darauf beruhen, dass der Versicherte die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat.

<sup>4</sup>Dies gilt nicht für Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,
3. die in den §§ 6 bis 10 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000 Euro übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür für Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). <sup>2</sup>Die oberste Dienstbehörde kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern die Gewährung von Beihilfen zulassen.
4. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind,

5. Aufwendungen für Beamte, denen auf Grund von § 70 Bundesbesoldungsgesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,
6. <sup>1</sup>Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. <sup>2</sup>Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig,
7. Aufwendungen, die bereits auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4 Abs. 2 und 3 Satz 2) beihilfefähig sind,
8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 4 SGB V verlangt wird,
9. Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 v.H. der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.
- (5) Abweichend von Absatz 4 Nr. 4 sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 87 a Bundesbeamtengesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt.

## Zu § 5

### Zu Absatz 1

1. Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ, § 1 Abs. 2 Satz 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ).
2. Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 10 beihilfefähig. Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (z.B. ungerichtete umfassende Untersuchungen – sog. check up) sind nicht beihilfefähig.
3. Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahr- und Unterkunftskosten (§ 6 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Buchstabe a) notwendig, wenn es sich um einen Problemfall handelt. Ein Problemfall liegt nur dann vor, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.
- 4.1 Die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im einzelnen zu Grunde zu legen sind. Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.
- 4.2 Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 5 Abs. 1 Satz 2) sind die Gebühren nach der GOÄ/GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt/Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z.B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet.  
*Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen Benutzer verbindlich sind. Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden.*
- 4.3 Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind – § 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000, veröffentlicht im BGBl. I S. 818 –. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührenziffern:  
Abschnitt B der GOÄ: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- bzw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95;

Abschnitt G der GOÄ: 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.

Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachter, sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.

- 5.1 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nach § 5 Abs. 1 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z.B. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

- 5.2 Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Feststellungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt/Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer/Zahnärztekammer einzuholen.

- 5.3 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig (vgl. Hinweis 1). Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen i.S. der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Hinweis Nummer 5.1, 5.2 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern zugelassen werden.

6. Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2a SGB V) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5b GOÄ, § 5a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP i.V.m. § 5b GOÄ.

7. Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen vergleiche die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht.

8. Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden.

#### Zu Absatz 3

1. Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z.B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankheitsfürsorge auf Grund Artikel 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche – ausgenommen Bestattungsgelder (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 4) – nach dem BVG, und zwar auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.

2. Satz 3 findet Anwendung z.B. bei privatärztlicher Behandlung.

3. Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit und für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615a i.V.m. § 1610 Abs. 2, §§ 1615 ff. BGB). Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 5 Abs. 3 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. Daher kann die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.

4. Eine nach den BfV zustehende Beihilfe hat Vorrang vor den Leistungen nach dem BSHG (§ 2 Abs. 1 BSHG), auch wenn nach dem BSHG vorgeleistet wird. Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus dem Entschädigungsfond für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 PflVG.

5. Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 5 Nr. 3 gehören nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr auf Grund des BVG gewährt werden.

#### Zu Absatz 4 Nr. 1

1. Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z.B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel usw., die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden sowie kieferorthopädische Behandlung) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z.B. Versorgungsverwaltung nach dem BVG. Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

2. Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249a SGB V). Satz 3 gilt nicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag monatlich weniger als 21 Euro beträgt.

3. Da nach Satz 3 Buchstabe a bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. Festbeträge können gebildet werden für
- Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
  - Hilfsmittel (§ 36 SGB V).

- Als Festbeträge gelten auch
- die Vertragsätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V,
  - der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V,
  - der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V
- sowie
- der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V.

4. Satz 3 Buchstabe b erfasst die Fälle, in denen sich der dort genannte Versicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z.B. privatärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt). Hätte der Behandler im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. Gehört der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlerkreis, findet § 5 Abs. 3 Sätze 3 und 4 Anwendung.

5. Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit ermäßigtem Beitragssatz nach § 240 Abs. 3 a SGB V ist Satz 3 nicht anzuwenden, soweit auf Grund Artikel 2 Nr. 2 der Änderungsvorschrift vom 19. September 1989 sowie des Hinweises 4 zu § 14 Abs. 4 weiterhin ein Bemessungssatz von 100 v.H. zu den nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen zu gewähren ist.

Entsprechendes gilt für Personen, die Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG oder hierauf Bezug nehmender Vorschriften erhalten, sowie für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden.

#### Zu Absatz 4 Nr. 2

Zuzahlungen bzw. Kostenanteile nach §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 3, 31 Abs. 3, 32 Abs. 2, 39 Abs. 4, 40 Abs. 5, 41 Abs. 3 und 60 Abs. 2 SGB V oder entsprechenden Regelungen sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. Dies

gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V oder entsprechenden Regelungen ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. Bei den nicht durch Zuschüsse der Kasse gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen bzw. Kostenanteile.

#### Zu Absatz 4 Nr. 3

1. Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:

- 1.1 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
- 1.2 Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
- 1.3 Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
- 1.4 Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
- 1.5 Einkünfte aus Kapitalvermögen,
- 1.6 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
- 1.7 sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG.

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.

2. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte keine Einkünfte mehr über 18.000 Euro und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nach Nummer 3 nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze überschritten haben.

3. Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.

#### Zu Absatz 4 Nr. 4

Sofern der Ersatzanspruch nicht auf den Dienstherrn übergeht (vgl. Absatz 5), gilt das Rundschreiben vom 6. Juni 1980 – D III 6 – 213 103-4/13 – weiter.

#### Zu Absatz 4 Nr. 9

Nach § 53 SGB V können die gesetzlichen Krankenkassen bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten zu übernehmen haben (Selbstbehalt). Soweit Selbstbehalte von der Krankenkasse festgesetzt werden, sind sie nicht beihilfefähig.

## § 6

### Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

- (1) <sup>1</sup>Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers. <sup>2</sup>Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. <sup>3</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden,
2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel von
  - a) 4,00 Euro bei einem Apothekenabgabepreis bis 16,00 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
  - b) 4,50 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von 16,01 Euro bis 26,00 Euro,
  - c) 5,00 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 26,00 Euro.

<sup>2</sup>Sind für Arznei- und Verbandmittel Festbeträge festgesetzt, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig; Beträge nach Satz 1 sind vom Festbetrag abzuziehen. <sup>3</sup>Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder, solange sie berücksichtigungsfähig im Sinne des § 3 sind,

- b) Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des auf einen vollen DM-Betrag abgerundeten 1,1fachen Satzes des Mindestruhegehaltes (§ 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 Beamtenversorgungsge-setz),
- c) Personen, die Leistungen nach § 9 Abs. 7 Satz 3 erhalten,
- d) Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung.
- <sup>4</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen.
- <sup>5</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
  - Mund- und Rachentherapeutika,
  - Abfuhrmittel,
  - Arzneimittel gegen Reisekrankheit,
3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. <sup>2</sup>Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. <sup>3</sup>Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister durchgeführt werden. <sup>4</sup>Das Bundesministerium des Innern kann Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen festlegen,
4. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. <sup>2</sup>Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. <sup>3</sup>Dabei kann das Bundesministerium des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,
5. Erste Hilfe,
6. die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115 aSGB V; die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV), und zwar
- allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPFIV)
    - Fallpauschalen und Sonderentgelte (§ 11 BPFIV),
    - tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs-pflegesatz, Basispflegesatz, teilstationärer Pflegesatz – § 13 BPFIV -, Pflegesatz nach § 14 Abs. 5 Satz 5 BPFIV),
    - Entgelte für Sondervereinbarungen – Modellvorhaben – (§ 26 BPFIV),
  - Wahlleistungen
    - gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPFIV),
    - gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPFIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweitbettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich sowie andere im Zusammenhang damit berechnete Leistungen im Rahmen der Nummern 1 und 2.
- <sup>2</sup>Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig, die den in Satz 1 genannten entsprechen,
7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen. <sup>2</sup>Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. <sup>3</sup>Bei einer Pflege durch Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:
- Fahrtkosten,
  - eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten

- und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.
- <sup>4</sup>Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag),
8. eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung (Nummer 6, § 9 Abs. 7) den Haushalt nicht weiterführen kann. <sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass diese Person – ausgenommen Alleinerziehende – nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das fünfzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. <sup>3</sup>Dies gilt in besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende der stationären Unterbringung sowie bei Alleinstehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. <sup>4</sup>Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. <sup>5</sup>Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter fünfzehn Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. <sup>6</sup>Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Personen sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 9) nicht beihilfefähig.
9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher, psychotherapeutischer Leistungen und Krankenhausleistungen sowie bei Heilbehandlungen (Nummer 3) und für eine erforderliche Begleitung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung. <sup>2</sup>Höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. Von den nach Satz 1 und 2 beihilfefähigen Aufwendungen ist ein Betrag von 13,00 Euro je einfache Fahrt abzuziehen. <sup>4</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
- die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
  - die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskosten-gesetzes,
  - die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
  - die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich. <sup>1</sup>Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich beihilfefähig. <sup>3</sup>Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
- Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 5,50 Euro täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 9 Abs. 7 oder 9,
11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. <sup>2</sup>Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen,
12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
- (2) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode begrenzen oder ausschließen.

- (3) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für bestimmte ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen, insbesondere der Kieferorthopädie, vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen.
- (4) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließen für
- Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden,
  - unwirtschaftliche Arzneimittel,
  - Heilbehandlungen und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis.
- (5) <sup>1</sup>Beträge nach Absatz 1 Nr. 2 Satz 1 und Nr. 9 Satz 3 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. <sup>2</sup>Diese beträgt 2 v.H. des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 4; sofern Personen wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Beträge nach Satz 1 in Höhe von mindestens 1 v.H. des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 4 abgezogen wurden, entfallen die in Satz 1 genannten Abzugsbeträge nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung mit der Maßgabe, dass die Abzugsbeträge für die Person entfallen, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung ist. <sup>3</sup>Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. <sup>4</sup>Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. <sup>5</sup>Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 v.H.. <sup>6</sup>Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des Kalenderjahres vor Stellung des Antrages nach Satz 1.

## Zu § 6

### Zu Absatz 1

- Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für durchgeführte Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:
  - Beihilfefähig sind Aufwendungen für
    - die homologe Insemination,
    - die homologe In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer bzw. Transfer der Gameten.
 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation.
  - Homologe Insemination
 

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens fünf Behandlungen. Die Feststellungsstelle kann bei einer entsprechenden ärztlichen Feststellung darüber hinaus die Aufwendungen für weitere drei Behandlungen als beihilfefähig anerkennen.
  - In-vitro-Fertilisation
 

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens vier Behandlungen.
  - Über die in den Hinweisen 1.2 und 1.3 genannten Höchstgrenzen hinausgehende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.
- Legasthenie ist keine Erkrankung i.S. des § 6 Abs. 1. Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.

### Zu Absatz 1 Nr. 1

- Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.
- Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig. Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne sowie der Nr. 002 des Gebührenverzeichnisses der GOZ beihilfefähig.
- Die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Regelung des Zahnarztes oder Dentallabors nachzuweisen; sie sind im Rahmen der Nummer 1 der Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 beihilfefähig.

**Laborkosten-Rechnung**

Nr.	Leistung	E.-Pr. DM	St.	Ges.-Pr. DM
0001	Modell aus Hartgips			
0002	Modell aus Superhartgips	9,00	1	9,00
0101	Modell für das Sägen von Stümpfen	12,40	1	12,40
0103	Einzelstumpf sägen und vorbereiten	7,50	4	30,00
0104	Einzelstumpf aus Superhartgips			
0105	Einzelstumpf aus Kunststoff			
0106	Dowel-Pin setzen	5,00	4	20,00
0108	Repon. eines Stumpfes			
	Ausblocken	4,00	5	20,00
0401	Einstellen in Mittelwertartikulator	12,70	1	12,70
0405	Einstellen in Fixator			
1002	Schellackbasis mit Bisswall			
1003	Kunststoffbasis mit Bisswall			
1101	Individueller Löffel			
1201	Übertragungskappe aus Kunststoff			
1202	Übertragungskappe aus Metall			
1304	Provisorische Krone			
1305	Provisorisches Brückenglied			
2001	Kronenring nach Maß			
2002	Kronenring nach Modell			
2003	Gegossene Kauffläche für Kronenring			
2004	Gusskrone nach Stufenpräparation			
2005	Gusskrone			
2006	Gusskrone zur Kunststoffverblendung			
2007	Gusskrone zur Keramikverblendung	72,50	4	290,00
2009	Gusshalbkronen			
2010	Gussdreiviertelkronen			
2102	Stiftaufbau indirekt, geg., ohne Kappe			
2103	Wurzelkappe direkt, geg., ohne Aufbau			
2104	Wurzelkappe indirekt, geg., ohne Aufbau			
2106	Aufbau auf vorh. Wurzelkappe für Krone			
2107	Wurzelk. m. Rückenpl. bzw. Kaufl. f. Kst.-V.			
2108	Wurzelk. m. Rückenpl. bzw. Kaufl. f. Ker.V.			
2201	Teleskopkrone primär			
2210	Gusskrone für Ankerbandklammer			
2301	Brückenglied massiv			
2306	Brückenglied für Kunststoffverblendung			
2307	Brückenglied für Keramikverblendung			
2309	Brückenglied für Keramikvollverblendung	74,50	4	298,00
2501	Mantelkrone Frontzahn, Kunststoff			
2601	Mantelkrone Frontzahn, Keramik			
2602	Mantelkrone Seitenzahn, Keramik			
2701	Einfachige Verblendung, Kunststoff			
2710	Verbundschale aus Kunststoff (Facette)			
2801	Einfachige Verblendung, Keramik	119,20	8	953,60
2802	Zweifachige Verblendung, Keramik			
2803	Mehr als zweif. Verblendung, Keramik			
3001	Umlaufende Fräsung je Zahn			
3003	Teilfräsung je Zahn			
3006	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift, je Stift			
3101	Steg gegossen, Grundeinheit			
3102	Steg gegossen, Längeneinheit je Zahn			
3201	Teleskopkrone sekundär			
3202	Teleskopkrone sekundär für Kunststoffverblendung			
3207	Konuskrone sekundär			
3208	Konuskrone sekundär für Kunststoffverblendung			
3210	Ankerbandklammer sekundär			
3403	Konfektionssteggeschiebe, Grundeinheit			
3404	Konfektionssteggesch. ind. Anpass. je Zahn			
3909	Verschraubung/Verbolzung			
3903	Friktionsstift			
3911	Retention an Sekundärium			
5001	Löt. Edelmetall an Edelmetall			
5002	Löt. Hilfsteil EM an Krone oder Brücke EM			
5005	Löt. nach keramischer Verbindung EM an EM			
5010	Metallverbindung EM	10,40	4	41,60
8801	Kronen- und Brückengliedreparatur			
0701	Versandkosten je Versandgang	2,70	4	10,80
<b>Material reine Laborkosten Zwischensumme</b>				
Edelmetallverbr.	18,49 g Herador H	á 31,27		578,18
G		á		
G		á		
Nettobetrag DM				2.276,28
7 % MwSt				159,34
				<u>2.435,62</u>

4. Das Seitenzahngebiet (Nr. 5 Satz 1 der Anlage 2) beginnt ab Zahn 4. Für die Größe der Brücke ist die Anzahl der nebeneinander liegenden, durch Brückenglieder zu ersetzenden Zähne, maßgebend. Überschreitet die zu ersetzende Lücke die jeweilige Obergrenze von 3 bzw. 4 Zähnen, sind die hierauf entfallenden Material- und Laborkosten (Mehrkosten) nicht beihilfefähig.

Beispiel:

K = Krone (GOZ-Nummern 501 bzw. 502, 503, 504)  
B = Brückenglied (GOZ-Nummer 507, je Einzelbrücke einmal berechenbar)

1. 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8  
8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8  
K B B B K

Da die Obergrenze nicht überschritten wird, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

2. 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8  
8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8  
K B B B B K

Die für den Seitenzahnbereich bestehende Obergrenze wird überschritten. Die auf ein Brückenglied entfallenden anteiligen Material- und Laborkosten (Mehrkosten) sind nicht beihilfefähig.

3. 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8  
8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8  
K B B B B K B K

Es handelt sich im beihilferechtlichen Sinn um zwei Einzelbrücken, die die jeweils maßgebende Obergrenze von vier Zähnen nicht überschreiten. Die Aufwendungen sind beihilfefähig.

5. Voranerkennungsverfahren gemäß Nummern 2 und 3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1:

5.1 Die Festsetzungsstelle beauftragt einen vom Bundesministerium des Innern bestellten vertrauensärztlichen Gutachter (siehe Verzeichnis unter Nummer 5.6) mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeuten genannt) in den Formblättern 1 und 2 (siehe Nummer 5.7).

5.1.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilferechtigte der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat er (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.

5.1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt 2a (siehe Nummer 5.7) den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG, BGBl. I 1998, S. 1311) einholen.

5.1.3 Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und ggf. das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilferechtigten/Patienten.

5.1.4 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit Formblatt 3 (siehe Nummer 5.7) einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt 4 (siehe Nummer 5.7) und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
- b) das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
- c) das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung,
- d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

5.1.5 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach Formblatt 4 („Psychotherapie-Gutachten“) – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an den Therapeuten weiter.

5.1.6 Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilferechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 5 (siehe Nummer 5.7).

5.2 Legt der Beihilferechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen.

5.2.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilferechtigte (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen „Erstbericht“ an den Gutachter auf Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden sollte.

5.2.2 Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilferechtigten/Patienten.

5.2.3 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen vertrauensärztlichen Obergutachter (siehe Verzeichnis unter Nummer 5.6) mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet),
- Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
- einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

Ist der psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.

Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in den Nummern 2.4.1 bis 2.4.4 und 3.4.1 bis 3.4.3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

5.2.4 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle.

5.2.5 Auf Grundlage der (ober-)gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilferechtigten einen Widerspruchsbescheid.

5.3 Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummern 2.3 und 3.3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1) leitet die Festsetzungsstelle den vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. Im übrigen gelten die Nummern 5.1.5 bis 5.2.5 entsprechend.

5.4 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachtern und Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.

Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von 82 Euro trägt die Festsetzungsstelle (Beihilfetitel).

5.5 Die Festsetzungsstelle kann von dem beihilferechtiglichen Voranerkennungsverfahren nach Nummer 5 absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilferechtigten (oder des Patienten) bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Therapeuten ergeben. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1.

5.6 und 5.7 (Aus Platzgründen wurde von einem Abdruck abgesehen.)

Zu Absatz 1 Nr. 2

- Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.
- Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z.B. D-Fluorelle, Vigantoleiten) bei Säuglingen und Kleinkindern.
- Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen.
- Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören z.B. Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwasser (z.B. Fachinger, Heppinger, St. Margareten Heilwasser), medizinische Körperpflegemittel und dergleichen.

In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig sind bei

- Ahornsirupkrankheit
- Colitis ulcerosa
- Kurzdarmsyndrom
- Morbus Crohn
- Mukoviszidose mit starkem Untergewicht
- Phenylketonurie
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z.B. Mundboden- und Zungenkarzinom)
- Tumorthapien (auch nach der Behandlung)
- postoperativer Nachsorge.

5. Aufwendungen für empfangnisregelnde Mittel sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.

6. Aufwendungen für Mund- und Rachentherapeutika sind bei Pilzinfektionen beihilfefähig. Aufwendungen für Abführmittel sind dann beihilfefähig, wenn die Abführmittel wegen einer schweren Grunderkrankung lebensnotwendig sind (z.B. postoperative Zustände, schwere Erkrankung des Darmes, Querschnittlähmung).

7. Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel, für die ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt wurde und deren Abgabepreis über dem Festbetrag liegt, sind nur dann bis zur Höhe des Festbetrages beihilfefähig, wenn diese Arzneimittel vom Arzt auf der Verordnung mit dem Buchstaben "Z" gekennzeichnet sind.

8. Die Höhe des 1,1fachen Satzes des Mindestruhegehaltes gibt das Bundesministerium des Innern bekannt. Maßgebend für die Festsetzung der Beihilfe ist das Mindestruhegehalt zum Zeitpunkt der Antragstellung. Maßgebend sind die Bruttoversorgungsbezüge vor Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften; dies gilt nicht bei der Kurzung von Versorgungsbezügen nach § 57 BeamtVG (Versorgungsausgleich).

9. Maßgebend für den Abzugsbetrag nach den Sätzen 1 und 2 ist der Apothekenabgabepreis bzw. der Festbetrag der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrverordnungen (rep.) bzw. bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugswert des Arznei- und Verbandmittels.

10. Zur Befreiung vom Abzugsbetrag für Schwangere benötigt die Festsetzungsstelle entweder eine Kennzeichnung des Arzneimittels durch den verschreibenden Arzt oder eine entsprechende Erklärung der Schwangeren mit Angabe der Dauer der Schwangerschaft.

Zu Absatz 1 Nr. 3

- Die in Satz 3 genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlass vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499) oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlafhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157) im Rahmen des Hinweises 3, Abschnitt VIII. (Logopädie) als beihilfefähig anerkannt werden. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Malthérapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.
- Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für die in Hinweis 3 genannten Heilbehandlungen. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilbehandlungen, die weder im Hinweis 3 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern.
- 2.1 Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses – sind bei Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:
  - Erweiterte ambulante Physiotherapie

werden nur auf Grund einer Verordnung von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen anerkannt:

2.1.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

- frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
- nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
- instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik
- lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kypnose > 50° nach Copp

2.1.1.2 Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteotomien der großen Röhrenknochen

2.1.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen
- Knieendoprothesen
- Hüftendoprothesen

2.1.1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

- Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband)
- Schultergelenkläsionen, insbesondere nach operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenmanschettenruptur, schwere Schultersteife (frozen shoulder), Impingement-Syndrom, Schultergelenkluxation, tendinitis calcarea, periathritis humero-scapularis (PHS)
- Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss

2.1.1.5 Amputationen

2.1.2 Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärzte reicht nicht aus.

Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

2.1.3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- Krankengymnastische Einzeltherapie
- physikalische Therapie nach Bedarf
- medizinisches Aufbautraining und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:
  - Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
  - Isokinetik
  - Unterwassermassage

2.1.4 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.

2.1.5 Die in Nr. 2.1.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.

3. Für Heilbehandlungen eines Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseurs oder Masseurs und medizinischen Bademeisters werden für die Angemessenheit der Aufwendungen folgende Höchstbeiträge festgelegt:

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
I. Inhalationen <sup>1)</sup>		
1.	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
2.	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	3,60 5,70
3.	a) Radon-Inhalation im Stollen b) Radon-Inhalation mittels Hauben	11,30 13,80

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro	lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro	lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>			20.	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmessenrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10	b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30	
4.	Krankengymnastische Behandlung <sup>2)</sup> (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage –	19,50	<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>			c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50	
5.	Krankengymnastische Behandlung <sup>2),3)</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10	21.	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10	
6.	Krankengymnastische Behandlung <sup>2),5)</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30	<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>			31.	Gashaltige Bäder a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,50
7.	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20	22.	a) Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – – bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) –	11,80	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,50	
8.	Krankengymnastik in einer Gruppe <sup>4)</sup> bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80		– bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,50	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	21,00	
9.	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30		Teilpackung	28,20	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50	
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80	b)	Schwitzzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzherm, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,90	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10	
10.	Bewegungsübungen <sup>2)</sup>	7,70	c)	Kaltpackung (Teilpackung) – Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	7,70	<b>V. Kälte- und Wärmebehandlung</b>		
11.	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,60		– Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40	32.	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,80	d)	Heublumensack, Peloidkompressen	9,20	b)	Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70
12.	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen <sup>2),6)</sup> , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50	e)	Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60	33.	Eisteilbad	9,80
13.	Chirogymnastik <sup>7)</sup> – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40	f)	Trockenpackung	3,10	34.	HeiBlutbehandlung <sup>9)</sup> oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot –) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
14.	Erweiterte ambulante Physiotherapie <sup>10),11)</sup> , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90	23.	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwuschung	4,10	<b>VI. Elektrotherapie</b>		
15.	Entfallt		24.	a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30	35.	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –	6,20
16.	Extensionsbehandlung (z.B. Glissoschlinge)	5,20	b)	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	20,00	36.	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
17.	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perlsches Gerät, Schlingentisch)	6,70	25.	a) Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20	37.	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
<b>III. Massagen</b>			b)	Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30	38.	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik: bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
18.	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perio-, Bürsten- und Colonmassage) <sup>2)</sup>	13,80	26.	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,00	39.	Iontophorese	6,20
19.	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder <sup>7)</sup> a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50	27.	a) Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80	40.	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20	b)	Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	39,90	41.	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,00
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität <sup>8)</sup>	8,70	28.	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –		<b>VII. Lichttherapie</b>		
			a)	Teilbad	28,70	42.	Behandlung mit Ultraviolettlicht <sup>9)</sup> a) als Einzelbehandlung	3,10
			b)	Vollbad	32,80	b)	in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
			29.	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Strahlung, einschließlich Nachfetten) mit Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80	43.	a) Reizbehandlung <sup>9)</sup> eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
			30.	Medizinische Bäder mit Zusätzen a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzylsäurehaltige Zusätze	6,70	b)	Reizbehandlung <sup>9)</sup> mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
						44.	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
						45.	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
						<b>VIII. Logopädie</b>		
						46.	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
						b)	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
						c)	Ausführlicher Bericht	11,80
						47.	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
						b)	Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
						c)	Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
						48.	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	

- Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
- Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10, 12 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z.B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
- Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
- Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.
- Das notwendige Bindematerial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließspotsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
- Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
- Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/ Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.
- Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
----------	----------	-----------------------------------

a)	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
b)	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40

#### IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)

49.	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50.	Einzelbehandlung	
a)	bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
b)	bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
c)	bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
51.	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
52.	Gruppenbehandlung	
a)	Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
b)	bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70

#### X. Sonstiges

53.	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
54.	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 53 und 54 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	

4. Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind die Aufwendungen für Heilbehandlungen nur beihilfefähig, sofern sie durch einen in Satz 3 genannten Behandler durchgeführt werden. Dabei gilt folgendes:
- 4.1 Art und Umfang der durchgeführten Heilbehandlung sind nachzuweisen. Aufwendungen hierfür sind im Rahmen der im Hinweis 3 genannten Höchstbeträge beihilfefähig. Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.
- 4.2 Wird bei einer teilstationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig; Platzfreihaltgebühren sind damit nicht beihilfefähig.
- 4.3 Wird bei einer stationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig. Für die Kosten für Unterkunft und Verpflegung gilt Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b, für Platzfreihaltgebühren Hinweis 3 zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b.
- 4.4 Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, können z.B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und die in Hinweis 2 zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b genannten Einrichtungen sein.

#### Zu Absatz 1 Nr. 4

- Die in Nummer 7 der Anlage 3 genannten Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind medizinische Kompressionswadenstrümpfe, (halb)schenkelstrümpfe, strumpflosen, stumpfstrümpfe, armstrümpfe sowie Narbenkompressionsbandagen, Ein- und Mehrkammergeräte und Befestigungshilfen (Hautkleber, Strumpfhalterssysteme, Leibteile, Leibgurte).
- Das in Nummer 10 der Anlage 3 vorgesehene Einvernehmen gilt für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle allgemein als erteilt, wenn die Aufwen-

dungen nicht mehr als 600,00 Euro betragen. Das Bundesministerium des Innern kann zu den Verzeichnissen der Nummer 1 sowie der Nummer 9 der Anlage 3 weitere nähere Erläuterungen geben. Es kann die Zuständigkeit nach Satz 2 auf eine andere Behörde übertragen; in diesem Fall bedarf die Herausgabe des Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern.

- Die Refraktionsbestimmung durch den Augenoptiker nach Nr. 11.1 der Anlage 3 genügt auch, wenn bei der erneuten Beschaffung einer Brille z.B. andere Gläser notwendig werden oder statt einer Brille Kontaktlinsen notwendig sind.
- Aufwendungen für Hörgeräte nach Nummer 1 der Anlage 3 (einschließlich der Nebenkosten) sind bis zu einem Höchstbetrag von 1.025 Euro je Ohr beihilfefähig. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung sind daneben beihilfefähig. Der Höchstbetrag gilt bis zum 30. Juni 2004.

#### Zu Absatz 1 Nr. 6

- Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die BPFIV nicht anwenden. Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 v.H. dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.
- Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die auf Grund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
- Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist durch den Pflegesatz nach der BPFIV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 13,00 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.
- Nach § 14 Abs. 6 BPFIV dürfen zusätzlich zu einer Fallpauschale Sonderentgelte, ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten sowie bestimmte Zuschläge berechnet werden. Entsprechende Aufwendungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch für den Investitionszuschlag nach § 14 Abs. 8 BPFIV, den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen berechnen. Beihilfefähig ist auch der Zuschlag (DRG-Systemzuschlag), der von Krankenhäusern nach dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der BPFIV (DRG-Systemzuschlags-Gesetz vom 27.04.2001, BGBl. I S. 772) berechnet wird.
- Aufwendungen für eine gemäß § 22 BPFIV in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag sind nicht beihilfefähig.
- Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 23 BPFIV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 22 BPFIV beihilfefähig.
- Zu vollstationären oder teilstationären Krankenhausleistungen zählen auch stationäre und teilstationäre Leistungen zur Rehabilitation, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen (Anschlussrehabilitation). Als unmittelbar gilt der Anschluss an, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

#### Zu Absatz 1 Nr. 7

- Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie ggf. der Behandlungspflege bedürfen:
  - Zur Grundpflege zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z.B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z.B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.

- Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Beheizen.
- Die Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen.

Die ärztliche Bescheinigung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.

- Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger beihilfefähig. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine vom Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig. Durchschnittliche Kosten einer Krankenpflegekraft sind die monatliche feste Vergütung einer Angestellten in der VergGr. Kr. V der Anlage 1 b zum BAT (Endstufe der Grundvergütung, Ortszuschlag nach Tarifklasse II Stufe 2, Allgemeine Zulage, Pflegezulage, anteilige Zuwendung sowie anteiliges Urlaubsgeld zuzüglich der Arbeitgeberanteile); das Bundesministerium des Innern gibt den jeweiligen Höchstsatz bekannt. Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden. Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern.
- Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

#### Zu Absatz 1 Nr. 8

- Die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt (Nummer 6) durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird; Entsprechendes gilt für alleinstehende Beihilfeberechtigte. Nur geringfügig ist eine Erwerbstätigkeit dann, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt. Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dies gilt auch in dem in Hinweis 3 Satz 3 zu Absatz 1 Nr. 6 geregelten Fall.
- Ein besonderer Fall i.S. von Satz 3 liegt nur dann vor, wenn der Erkrankte nach stationärer Unterbringung die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht – auch nicht teilweise – wieder übernehmen kann.
- Als Alleinerziehende gelten Mütter oder Väter, die mit ihrem berücksichtigungsfähigen Kind, für das ihnen die Personensorge übertragen ist, in einem Haushalt leben.

#### Zu Absatz 1 Nr. 9

- Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus oder Sanatorium aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist; in diesen Fällen gilt Satz 3 nicht.
- Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 6 entstehenden Beförderungskosten ist der Abzugsbetrag nach Satz 3 nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen. Dies gilt entsprechend bei ambulant durchgeführten Operationen (Nr. 1.2 des Anhangs 1 zu Hinweis 7 zu § 5 Abs. 1) bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in den jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer ärztlich verordneten – ambulanten – Chemo-/Strahlentherapie.

#### Zu Absatz 1 Nr. 10

1. Buchstabe b setzt ein Übermachten außerhalb der Familienwohnung (stationäre Unterbringung) voraus. Eine Unterbringung nur tagsüber (teilstationäre Unterbringung) reicht nicht aus. Buchstabe b findet deshalb bei teilstationärer Unterbringung keine Anwendung.
2. Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und Behinderten dienen, können insbesondere Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangsheime für Suchtkranke sein. Voraussetzung ist, dass die Unterbringung anlässlich einer Heilbehandlung nach Absatz 1 Nr. 3 erforderlich ist.
3. Betten- und Platzfreihaltgebühren, die für die Unterbrechungen durch Krankheit des Behandelten erhoben werden, sind bis zu insgesamt 5,50 Euro täglich beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Behandelten liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.

#### Zu Absatz 1 Nr. 11

Die Aufwendungen für die Registrierung sind nach Absatz 1 Nr. 1 beihilfefähig.

#### Zu Absatz 2

1. **Völliger Ausschluss**  
Gemäß Satz 1 wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausgeschlossen:
  - A – Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psychophonologische Therapie (z.B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
  - Autohomologe Immuntherapien (z.B. ACTI-Cell)
  - Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
  - Ayurvedische Behandlungen, z. B. nach Maharishi
  - B – Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
  - Biophotonen-Therapie
  - Bioresonanztests
  - Blutkristallisations-tests zur Erkennung von Krebserkrankungen
  - Bogomolezt-Serum
  - Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Prof. Barraquer
  - Bruchheilung ohne Operation
  - C – Chelat-Infusions-therapie
  - Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
  - Cytotoxologische Lebensmitteltests
  - E – Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
  - Elektro-Neural-Diagnostik
  - F – Frischzellentherapie
  - G – Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heimmagnetischer Grundlage (z.B. Bioresonanztherapie, Decodermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik (BFD), Mora-Therapie)
  - Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität
  - H – Heilerhythmie
  - Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung
  - I – Immuno-augmentative Therapie (IAT)
  - Immunsenen (Serocytol-Präparate)
  - Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (z.B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne)
  - K – Kariesdetektor-Behandlung
  - Kinesiologische Behandlung
  - Kirlian-Fotografie
  - Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)
  - L – Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
  - M – Modifizierte Eigenblutbehandlung (z.B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Gegenseibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)
  - N – Neurotopische Diagnostik und Therapie
  - Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall
  - O – Osmotische Entwässerungstherapie
  - P – Psycotron-Therapie

- Pulsierende Signaltherapie (PST)
- Pyramidenenergiebestrahlung
- R – Regeneresen-Therapie
- Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Aus-schwitzen
- Rolffing-Behandlung
- S – Schwingfeld-Therapie
- T – Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie
- V – Vadoril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins
- Z – Zellmilieu-Therapie

2. **Teilweiser Ausschluss**  
Gemäß Satz 1 wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen begrenzt:
  - Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
  - Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.
  - Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
  - Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea (Kalkschulter) oder der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 1800 beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
  - Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
  - Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gaskangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitus-leiden.
  - Klimakammerbehandlungen
  - Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
  - Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
  - Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z.B. mit Aludrin.
  - Magnetfeldtherapie
  - Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophischen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.
  - Ozontherapie
  - Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
  - Prostata-Hyperthermie-Behandlung
  - Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.
  - Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)
  - Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z.B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 des Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 zugeordnet.
  - Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
  - Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.
3. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

#### Zu Absatz 4

1. Nach Satz 1 Nr. 2 sind Aufwendungen für Präparate zur Behandlung von erblich bedingtem Haarausfall bei Männern von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

2. Nach Satz 1 Nr. 2 sind Aufwendungen für Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sowie zur Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

#### Zu Absatz 5

1. Der Beihilfeberechtigte hat bei Anträgen nach Satz 1 das Einkommen und die Höhe der Abzugsbeträge nach Absatz 1 Nr. 2 Satz 1 und Nr. 9 Satz 3 zu belegen. Um den Nachweis für den Beihilfeberechtigten über die Höhe der Abzugsbeträge zu erleichtern, hat die Festsetzungsstelle auf dem Beihilfebescheid oder in der Zusammenstellung der Aufwendungen die innerhalb eines Kalenderjahres sich jeweils ergebende Gesamtsumme der Abzugsbeträge in Kurzform auszuweisen (z.B. Gesamtsumme der Abzugsbeträge bisher 62,00 Euro).
2. Bei Anwendung der Belastungsgrenzen von 2 v.H. und 1 v.H. werden jeweils die Abzugsbeträge des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammengerechnet.
3. Die Regelbelastungsgrenze von 2 v.H. errechnet sich jeweils aus allen Abzugsbeträgen innerhalb eines Kalenderjahres. Eine Befreiung von den Abzugsbeträgen ist erst möglich, wenn innerhalb dieses Kalenderjahres die Belastungsgrenze erreicht worden ist. Die Befreiung erfolgt für den Rest des Kalenderjahres für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Mit Beginn eines neuen Kalenderjahres ist das Erreichen der Belastungsgrenze erneut zu ermitteln, um wiederum befreit zu werden.  
Das Vorliegen einer Dauerbehandlung (z.B. Behandlung wegen Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma) hat der Beihilfeberechtigte durch einen entsprechenden Nachweis zu belegen. Dies kann z.B. durch die Vorlage von Verordnungen oder Liquidationen erfolgen, aus denen der Behandlungszeitraum von mindestens einem Jahr erkennbar sein muss. Sofern eine Dauerbehandlung vorliegt, gilt eine Sonderbelastungsgrenze von 1 v.H. mit folgenden Maßgaben: Wenn sich eine Person wegen derselben Krankheit ein Jahr (12 Monate) lang in Dauerbehandlung befinden hat und die Abzugsbeträge des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen in dieser Zeit mindestens 1 v.H. des maßgeblichen jährlichen Einkommens erreicht haben, ist diese Person nach Ablauf dieser 12 Monate von allen Abzugsbeträgen für die weitere Zeit der Dauerbehandlung auf Antrag zu befreien. Die Befreiung ist personenbezogen und gilt sowohl für Abzugsbeträge im Zusammenhang mit der Dauerbehandlung als auch für Abzugsbeträge für andere Krankheiten dieser Person.
5. Beispiel für die Berechnung der Belastungsgrenze:  
Bei einem Einkommen von 30.000,00 Euro unter Berücksichtigung des Abzugs von 15 v.H. für den Ehegatten beträgt das maßgebliche Einkommen 25.500,00 Euro. Die Belastungsgrenze bei 2 v.H. liegt damit bei 510,00 Euro je Kalenderjahr. Sobald diese Belastung mit Abzugsbeträgen nach Satz 1 im Laufe eines Kalenderjahres erreicht wird, kann der Beihilfeberechtigte einen Antrag auf Befreiung von den Abzugsbeträgen für den Rest des Kalenderjahres stellen.

#### § 7

##### Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

- (1) <sup>1</sup>Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen
  1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
  2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens 3 Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums. <sup>2</sup>Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 v.H. des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist eine Bestätigung des Sanatoriums, dass für eine erfolgversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist,
  3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
  4. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
  5. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
  6. für den ärztlichen Schlussbericht.
- (2) <sup>1</sup>Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nr. 2 bis 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn
  1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine

- andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. <sup>2</sup>Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.
- (3) <sup>1</sup>Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. <sup>2</sup>Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden
1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung,
  2. in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist; in diesen Fällen ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen,
  3. bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.
- (4) Sanatorium im Sinne dieser Vorschrift ist eine Krankenanstalt, die unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen (z. B. mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie) durchführt und in der die dafür erforderlichen Einrichtungen und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind.

#### Zu § 7

##### Zu Absatz 1

1. Bei einer anerkannten Sanatoriumsbehandlung gelten für die in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Heilbehandlungen die in den Hinweisen hierzu festgesetzten Höchstbeträge ebenfalls.
2. Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung bis zu drei Wochen beihilfefähig. Ergibt sich im Verlauf der Sanatoriumsbehandlung, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der Sanatoriumsbehandlung durch die Festsetzungsstelle auch auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens des im Sanatorium behandelnden Arztes erfolgen.
3. Die behördliche Feststellung der Notwendigkeit einer Begleitperson bei Schwerbehinderten ergibt sich aus dem amtlichen Ausweis (Merkzeichen "B" bzw. "BL"). Bei Kindern genügt statt dessen die Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes, dass wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung zur stationären Nachsorge eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist.
4. Nach Nummer 6 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig. Der Schlussbericht soll bestätigen, dass eine Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

##### Zu Absatz 2

1. Für den Anerkennungsbescheid nach § 7 Abs. 2 Nr. 2 kann folgendes Formblatt 7 verwendet werden: (Vom Abdruck des Formblattes 7 wurde aus Platzgründen abgesehen.)
2. Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Sanatoriumsbehandlung nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 beihilfefähig.

##### Zu Absatz 3

Bei der Anwendung von Satz 2 Nr. 1 muss eine wiederholte Behandlung in einem Sanatorium zur Nachsorge der schweren Erkrankung erforderlich sein, die den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Sanatorium notwendig gemacht hatte; auf einen engen zeitlichen Zusammenhang kommt es nicht an.

#### § 8

##### Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

- (1) Aufwendungen für eine Heilkur sind nur beihilfefähig für Beamte und Richter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1) mit Dienstbezügen, Amtsbezügen und Beamte mit Anwärterbezügen.
  - (2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen
1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,

2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens dreiundzwanzig Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Betrag von 16,00 Euro täglich, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 13,00 Euro täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 Euro täglich beziehungsweise 10,00 Euro täglich für die Begleitperson hinausgehen,
  3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
  4. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
  5. für den ärztlichen Schlussbericht.
- (3) <sup>1</sup>Die Aufwendungen nach Absatz 2 Nr. 2 bis 5 sind nur dann beihilfefähig, wenn
1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann,
  2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. <sup>2</sup>Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.
- (4) <sup>1</sup>Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur ist nicht zulässig,
1. wenn der Beihilferechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. <sup>2</sup>Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während eines Erziehungsurlaubs und der Beurlaubung nach § 72 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 7 des Bundesbeamtengesetzes oder § 48 a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Deutsches Richtergesetz sowie während einer Zeit, in der der Beihilferechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
  2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. <sup>2</sup>Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
  3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
  4. wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
  5. solange der Beihilferechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.
- (5) Bei Anwendung des Absatzes 4 Nr. 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei
1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage,
  2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 v.H. aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.
- (6) Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis enthaltenen Kurort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein.

#### Zu § 8

1. Die Hinweise zu § 7 gelten entsprechend.
2. Das Heilkurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 2 herausgegeben. (Vom Abdruck des Heilkurortverzeichnisses wurde aus Platzgründen abgesehen.)
3. Für den Anerkennungsbescheid nach § 8 Abs. 3 Nr. 2 kann folgendes Formblatt 8 verwendet werden: (Vom Abdruck des Formblattes 8 wurde aus Platzgründen abgesehen.)

#### § 9

##### Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

- (1) <sup>1</sup>Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre

Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig. <sup>2</sup>Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. <sup>3</sup>Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. <sup>4</sup>Bei Personen nach § 28 Abs. 2 SGB XI wird entsprechend Absatz 6 Satz 1 verfahren.

(2) <sup>1</sup>Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. <sup>2</sup>Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

(3) <sup>1</sup>Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI beihilfefähig die Aufwendungen für Pflegebedürftige

1. der Stufe I bis zu dreißig Pflegeeinsätzen monatlich,
2. der Stufe II bis zu sechzig Pflegeeinsätzen monatlich,
3. der Stufe III bis zu neunzig Pflegeeinsätzen monatlich.

<sup>2</sup>Bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand der Stufe III sind auch Aufwendungen für zusätzliche Pflegeeinsätze beihilfefähig, insgesamt höchstens bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag).

(4) <sup>1</sup>Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. <sup>2</sup>Sie richtet sich nach den Pflegestufen des § 15 SGB XI und beträgt monatlich

1. in Stufe I 205,00 Euro,
2. in Stufe II 410,00 Euro,
3. in Stufe III 665,00 Euro.

<sup>3</sup>Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. <sup>4</sup>Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

(5) Wird die Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Absatz 3) und durch andere geeignete Personen (Absatz 4) erbracht, wird die Beihilfe nach Absatz 3 und 4 anteilig gewährt.

(6) <sup>1</sup>Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen des Absatzes 3 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 5 Abs. 3 und § 14 sind hierbei nicht anzuwenden. <sup>2</sup>Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 3 beihilfefähig.

(7) <sup>1</sup>Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) beihilfefähig. <sup>2</sup>Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 Satz 1 entsprechend. <sup>3</sup>Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens übersteigen. <sup>4</sup>Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilferechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. <sup>5</sup>Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilferechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehaltes der Besoldungsgruppe A 9 Bundesbesoldungs-gesetz
  - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 v.H. des Einkommens,
  - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 v.H. des Einkommens,
2. bei Beihilferechtigten mit höherem Einkommen
  - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 v.H. des Einkommens,
  - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 v.H. des Einkommens,
3. bei alleinstehenden Beihilferechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilferechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 v.H. des Einkommens.

<sup>6</sup>Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

(8) <sup>1</sup>Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. <sup>2</sup>Bei

Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden.<sup>3)</sup> In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens.<sup>4)</sup> Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(9) <sup>1)</sup> Aufwendungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4 SGB XI), sind nach Art und Umfang des § 43 a SGB XI beihilfefähig.<sup>2)</sup> Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend.

#### Zu § 9

##### Zu Absatz 1

Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Hinweise 2 und 3 zu Absatz 2). Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 beihilfefähig.

##### Zu Absatz 2

1. Krankheiten oder Behinderungen sind
  - Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
  - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
  - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
2. Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
3. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
  - im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
  - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
  - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
  - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
4. Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
5. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und zum Verfahren siehe Hinweise zu Absatz 8.
6. Die Beschäftigung und Betreuung z.B. in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 9. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z.B. Fahrkosten).

##### Zu Absatz 3

1. Als Pflegeeinsatz gilt die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität bzw. der hauswirtschaftlichen Versorgung jeweils zusammenhängend erbringt.
2. Nach § 89 SGB XI werden Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung für alle Pflegebedürftige nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsvereinbarungen halten. Dabei sind in Pflegestufe I höchstens 20 %, in Pflegestufe II höchstens 40 % und in Pflegestufe III höchstens 60 % der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Absatz 3 Satz 2) beihilfefähig; die jeweiligen stufenabhängigen Einsätze gelten als erbracht, soweit nicht Absatz 5 Anwendung findet. Fahrkosten sind nicht gesondert beihilfefähig.

3. Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die
  - bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI) oder
  - bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI) oder
  - von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
  - mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.
4. Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen.
  - 4.1 Pflegestufe I  
Erheblich Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
  - 4.2 Pflegestufe II  
Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
  - 4.3 Pflegestufe III  
Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
5. Zur Höhe der Durchschnittskosten einer Krankenpflegekraft vgl. Hinweis 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 7.
6. Bis zu den festgelegten Obergrenzen der beihilfefähigen Aufwendungen sind die Kosten einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung beihilfefähig. Hierbei gelten die jeweiligen Pflegeeinsätze als erbracht, soweit im Einzelfall nicht eine geringere Inanspruchnahme nachgewiesen wird. Stellt die teilstationäre Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 v.H. des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.
7. Wird ein dauernd Pflegebedürftiger vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung gepflegt (Kurzzeitpflege), sind die Pflegeaufwendungen bis 1.432 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig.
8. Aufgrund des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) können Beihilfen zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen für den in § 45 a SGB XI beschriebenen Personenkreis neben Leistungen nach § 9 Abs. 3, 4 und 5 gewährt werden. Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 45 b SGB XI. Wird der Höchstbetrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Werden die Voraussetzungen nach § 45 a SGB XI erst im Laufe eines Kalenderjahres erfüllt, ist der Höchstbetrag von 460 Euro nur anteilig anzuerkennen. Satz 4 gilt nicht für Leistungszeiträume vor dem 1. Januar 2003. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9 Abs. 6 Satz 1 entsprechend.

##### Zu Absatz 4

1. Andere geeignete Personen sind Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen mindestens 10,5 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen.
2. Die Höhe der Pauschalbeihilfe ist abhängig von den drei Pflegestufen des SGB XI (vgl. hierzu Hinweis 4 zu Absatz 3).
3. Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 6, der Sanatoriumsbehandlung nach § 7 oder der stationären Pflege nach Absatz 7 oder 9 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6) oder Sanatoriumsbehandlung (§ 7).
4. Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 39 SGB XI. Für Personen, die nach § 28

Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9 Abs. 6 Satz 1 entsprechend.

- 4.1 Beihilfen werden auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. Die Durchführung der Beratungen ist nach § 37 Abs. 4 SGB XI auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen. Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Abs. 3 und 6 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9 Abs. 6 Satz 1 entsprechend.
5. Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von Satz 3 sind z.B. solche nach § 35 Abs. 1 BVG, § 34 BeamtVG. Dies gilt nicht für Leistungen nach § 69 a BSHG.
6. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.
7. Für die in Hinweis 1 genannten Personen sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 i.V.m. § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. Die Beiträge sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus einer Information des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Durchführung der Rentenversicherung der Pflegepersonen durch die Festsetzungsstellen der Beihilfe, die das Bundesministerium des Innern bekannt gibt.<sup>\*)</sup> Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Die Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht. Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der privaten und sozialen Pflegeversicherung.
8. Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung auf die Pauschalbeihilfe siehe Hinweis 2 zu § 17 Abs. 7.

##### Zu Absatz 5

1. Bei einer Kombination der Leistungen nach den Absätzen 3 und 4 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

##### Beispiele:

- 1.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (460,50 Euro von 921,00 Euro) und das Pflegegeld (205,00 Euro von 410,00 Euro) in Anspruch. Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.
 

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft	
30 % von 460,00 Euro	= 138,15 Euro
– zum Pflegegeld	
30 % von 205,00 Euro	= 61,50 Euro
<b>Gesamt</b>	<b>199,65 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft	
70 % von 460,50 Euro	= 322,35 Euro
– Pauschalbeihilfe	
205,00 Euro abzüglich 61,50 Euro	= 143,50 Euro
der privaten Pflegeversicherung	= 143,50 Euro
<b>Gesamt</b>	<b>465,85 Euro</b>
- 1.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (460,50 Euro von 921,00 Euro) und das Pflegegeld (205,00 Euro von 410,00 Euro) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. Als Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall von der Hälfte 50 %.
 

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft	
50 % von 460,50 Euro	= 230,25 Euro
– zum Pflegegeld	
50 % von 205,00 Euro	= 102,50 Euro
<b>Gesamt</b>	<b>332,75 Euro</b>

<sup>\*)</sup> Siehe Rundschreiben vom 30. März 1995 (GMBl. S. 347)

b) Leistungen der Beihilfe	
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft in gleichem Wert der Leistung der sozialen Pflegeversicherung (Absatz 6)	= 230,25 Euro
– Pauschalbeihilfe 50 % von 410,00 Euro = 205,00 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 102,50 Euro	= 102,50 Euro
<b>Gesamt</b>	<b>332,75 Euro</b>

#### Zu Absatz 7

- Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege pauschal
  - für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023,00 Euro monatlich,
  - für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279,00 Euro monatlich,
  - für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432,00 Euro monatlich,
  - für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des SGB XI als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688,00 Euro monatlich.
- Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).
- Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.
- Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen.
- Werden in den Fällen des Satzes 3 die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.
- Betten- und Platzfreihaltgebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben werden, gehören zu den pflegebedingten Aufwendungen und sind daher im Rahmen der Höchstsätze beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu 30 Kalendertagen jährlich.
- Als Endgehalt der Besoldungsgruppe A 9 wird das Endgrundgehalt der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags Stufe 1 und der allgemeinen Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 Abs. 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B zugrunde gelegt; das Bundesministerium des Innern gibt den jeweiligen Betrag bekannt.
- Das Einkommen ist vom Beihilfberechtigten durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:
  - Dienstbezüge im Sinne dieser Vorschrift sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten Bruttobezüge (Grundgehalt, allgemeine Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B sowie Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile); Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 BeamtVG genannten Bruttobezüge (mit Ausnahme des in der dortigen Nummer 8 genannten Unterschiedsbetrages), soweit nicht nach § 57 BeamtVG (Versorgungsausgleich) geringere Versorgungsbezüge zustehen. Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG, Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt. Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehrerer Versorgungsbezüge oder den in Satz 4 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- oder Versorgungsbezügen zugrunde zu legen.
  - Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen; dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.
  - Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz.
  - Ist der Ehegatte berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. Soweit der Beihilferechtigte nachweist, dass

- beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbständigen oder nichtselbständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. Bei monatlich schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen.
- Berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne des Satzes 5 Nr. 1 bis 3 sind Personen, die nach § 3 Abs. 1 zu berücksichtigen oder nach § 4 Abs. 3 nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilferechtigt sind.
  - Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; § 14 findet keine Anwendung.
  - Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Hinweis 2 zu § 17 Abs. 7.

#### Zu Absatz 8

- Dem Antrag auf Beihilfe ist ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe beizufügen. Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und die Stufe der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (gesetzliche Verpflichtung). Diese Feststellung ist auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (z.B. Abschrift des Gutachtens, ggf. schriftliche Leistungszusage der Versicherung). Ohne einen derartigen Nachweis ist diesbezüglich eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vgl. § 22 VwVfG). Entsprechendes gilt auch für das Vorliegen eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes bei Schwerstpflegebedürftigen. Besteht keine Pflegeversicherung, ist ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorzulegen.
- Ist im Einzelfall der Leistungsnachweis nicht ausreichend oder beantragt der Beihilferechtigte abweichend Beihilfe zu einer höheren Pflegestufe, ist mit Zustimmung des Pflegebedürftigen bei der privaten oder sozialen Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
- Erhebt der Beihilferechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist der Widerspruch ggf. als unbegründet zurückzuweisen.
- Für Klagen in Angelegenheiten nach dem SGB XI (z.B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einer Pflegestufe) sind die Sozialgerichte zuständig (Artikel 33 PflegeVG).

#### Zu Absatz 9

Beihilfefähig sind 10 v.H. des nach § 93 Abs. 2 BSHG vereinbarten Heimentgelts, höchstens 256,00 Euro monatlich.

#### § 10

#### Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

- Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:
  - bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
  - bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
  - bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
  - bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. <sup>2</sup>Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.
- Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahn-

ärzte.

- Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, ausgenommen jedoch solche aus Anlass privater Reisen in Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

#### Zu § 10

#### Zu Absatz 1

- Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i.d.F. vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 21. Juni 2002, sind veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 186 vom 5. Oktober 2002.
- Die Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i.d.F. vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 10. Dezember 1999, sind veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 26 vom 21. März 2000.
- Die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i.d.F. vom 26. April 1998, zuletzt geändert am 23. Oktober 1998, sind veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 16 vom 26. Januar 1999.
- Die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i.d.F. vom 24. August 1989, zuletzt geändert am 11. Dezember 2000, sind veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 57 vom 22. März 2001.

#### Zu Absatz 3

Auch bei im Rahmen von Vorsorgemaßnahmen beschafften Mitteln sind Abzüge nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 vorzunehmen.

#### § 11

#### Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

- Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen
  - für die Schwangerschaftsüberwachung,
  - entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 5, 6, 8 und 9, für die Hebamme und den Entbindungspfleger,
  - für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanten Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 gepflegt wird; § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 ist anzuwenden,
  - entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind.
- Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 128,00 Euro gewährt. <sup>2</sup>Dies gilt auch, wenn der Beihilferechtigte ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. <sup>3</sup>Sind beide Elternteile beihilferechtigt, wird die Pauschalbeihilfe nur einmal gezahlt.

#### Zu § 11

#### Zu Absatz 1

- Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
- Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z.B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.

#### Zu Absatz 2

Für die Beihilfe nach dieser Vorschrift ist der Nachweis durch Belege nicht erforderlich (vgl. § 17 Abs. 3 Satz 1). Diese Beihilfe ist ohne zusätzlichen besonderen Antrag zu den aus Anlass der Geburt geltend gemachten Aufwendungen zu gewähren. Werden solche Aufwendungen nicht geltend gemacht, z.B. bei Inanspruchnahme von Sachleistungen (§ 5 Abs. 4 Nr. 1), bedarf es eines besonderen Antrages. Die Beihilfe kann auch Beamten gewährt werden, die zur Ableistung des Grundwehrdienstes oder Zivildienstes unter Wegfall der Dienst- oder Anwärterbezüge beurlaubt sind.

## Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

- (1) <sup>1</sup>In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zur Höhe von 665,00 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 435,00 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. <sup>2</sup>Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder auf Grund von Rechtsvorschriften, aus einem Beschäftigungsverhältnis oder aus einer im Sterbemonat nicht ausschließlich durch eigene Beiträge finanzierten Krankenversicherung oder Schadenersatzansprüche von insgesamt mindestens 1.000,00 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 333,00 Euro, beim Tod eines Kindes 218,00 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.000,00 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt. <sup>3</sup>Soweit wegen Gewährung von Sterbe- oder Bestattungsgeldern Schadenersatzansprüche kraft Gesetzes übergehen, werden diese Schadenersatzansprüche nicht neben den Sterbe- oder Bestattungsgeldern im Sinne des Satzes 2 bei der Bemessung der Pauschalbeihilfe berücksichtigt. <sup>4</sup>Bestattungsgeld nach §§ 36 oder 53 Bundesversorgungsgesetz bleibt unberücksichtigt.
- (2) Ferner sind beihilfefähig die Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes.
- (3) Verbleibt mindestens ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger oder selbst beihilfeberechtigter Familienangehöriger oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter fünfzehn Jahren im Haushalt und kann dieser beim Tod des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 6 Abs. 1 Nr. 8 bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr beihilfefähig.

## Zu § 12

## Zu Absatz 1

- Die Beihilfe in Todesfällen von Kindern ist zu gewähren, wenn die Friedhofsgebühren nach dem Tarif für Kinderbestattungen festgesetzt werden; ist dies nicht der Fall, so ist die höhere Beihilfe zu gewähren.
- Bei der Festsetzung der Pauschalbeihilfe bleiben Nachzahlungen von beamtenrechtlichen Sterbegeldern auf Grund einer rückwirkenden Anpassung von Dienst- und Versorgungsbezügen unberücksichtigt.

## Zu Absatz 2

Zu den Aufwendungen nach Absatz 2 gehören nicht die Aufwendungen für eine Überführung innerhalb der Gemeinde, weil diese nach Absatz 1 abgegolten sind.

## § 13

## Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

- (1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und §§ 9 bis 12 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären.
- (2) <sup>1</sup>Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, wenn
- sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
  - die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. <sup>2</sup>Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. <sup>3</sup>Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit kurähnlichen Maßnahmen entstehen, ist ausgeschlossen,

- sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 550,00 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.
- <sup>1</sup>Aus Anlass einer Heilkur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn
  - durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten nachgewiesen wird, dass die Heilkur wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, und
  - der Kurort im Heilkurortverzeichnis aufgeführt ist und
  - die sonstigen Voraussetzungen des § 8 vorliegen.<sup>2</sup>Die Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 1, 3 bis 5 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig.
 

(4) Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne sind beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes, höchstens für eine Entfernung von siebenhundert Kilometern.

## Zu § 13

## Zu Absatz 1

- Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.
- Den Belegen über die Aufwendungen von mehr als 550,00 Euro ist eine Übersetzung beizufügen.
- Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnort
  - bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
  - bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienstort.
 Dies gilt nicht, soweit die besonderen Bestimmungen nach § 18 Abs. 5 anzuwenden sind.
- Aufwendungen für Behandlungen
  - im Kleinen Walsertal (Österreich),
  - in der Höhenklinik Valbella Davos (Schweiz) der Genossenschaft Sanatorium Valbella,
  - in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra,
  - in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos (Schweiz), geführt von der Klinik Alexanderhaus Davos GmbH, Davos Platz,
 gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden; in den Fällen der Buchstaben b, c und d jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 7, sofern nicht in den Fällen der Buchstaben c) und d) im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 medizinisch indiziert ist.
- Absatz 1 stellt auf die Aufwendungen ab, die beim Verbleiben am Wohnort entstanden wären. Nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 3 ist als Kassenleistung der Betrag in Abzug zu bringen, den die Krankenkasse beim Verbleiben am Wohnort geleistet hätte; hilfsweise kommt § 5 Abs. 3 Satz 4 zur Anwendung.
- Befindet sich ein Heimdialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen im Ausland, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.

## Zu Absatz 2

Wird ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder ein Versorgungsempfänger wegen Neurodermitis oder Psoriasis am Toten Meer (Ein Boqeg, Salt Land Village, Sdom) behandelt, sind aus diesem Anlass entstehende Aufwendungen im gleichen Umfang wie Aufwendungen für eine Heilkur (vgl. Absatz 3) beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

## Zu Absatz 3

Das Heilkurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 3 herausgegeben.

## Bemessung der Beihilfen

- (1) <sup>1</sup>Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). <sup>2</sup>Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für
- den Beihilfeberechtigten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sowie für den entpflichteten Hochschullehrer 50 v.H.,
  - den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, 70 v.H.,
  - den berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 v.H.,
  - ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, 80 v.H.
- <sup>3</sup>Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 70 v.H.; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 v.H., die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.
- (2) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen
- nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
  - einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
  - nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter, nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter,
  - nach § 12 Abs. 3 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.
- (3) <sup>1</sup>Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 v.H., jedoch höchstens auf 90 v.H.. <sup>2</sup>Ab 1. Juli 1994 gilt Satz 1 nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V erfüllt.
- (4) <sup>1</sup>Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 v.H. der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. <sup>2</sup>Dies gilt nicht, wenn sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes bemisst (§ 240 Abs. 3 a SGB V), oder wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 21,00 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird.
- (5) <sup>1</sup>Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses mindestens in Höhe von 41,00 Euro monatlich gewährt wird, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 v.H.. <sup>2</sup>Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhausausstagesgeldversicherungen bleiben außer Betracht.
- (6) <sup>1</sup>Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen,
- für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
  - im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind. <sup>2</sup>Eine Erhöhung ist ausgeschlossen in Fällen des § 9.
- <sup>3</sup>Die oberste Dienstbehörde kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

## Zu § 14

## Zu Absatz 1

Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 5 Abs. 2). Dabei ist in den Fällen des Satzes 3 der erhöhte Bemessungssatz für alle Aufwendungen zugrunde zu legen, die während des Zeitraums der Zahlung des erhöhten Familienzuschlages entstanden sind bzw. entstanden wären, wenn ein Familienzuschlag zustünde (§ 3 Abs. 1 Nr. 2).

## Zu Absatz 3

- Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, d. h. zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen weitgehend deckt. Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig

gering ist. Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

- Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluss liegt u.a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z.B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.
- Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z.B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.
- Absatz 3 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach § 9.

#### Zu Absatz 4

- Der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche, wie sie Pflichtversicherten gewährt werden, sind Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die freiwillig Versicherten in Höhe des Wertes einer an sich zustehenden Sachleistung gegebenenfalls nach Abzug eines Mengenrabatts, Unwirtschaftlichkeitsabschlages und dergleichen gezahlt werden. Für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, die bereits am 1. Oktober 1985 einer geschlossenen Beitragsklasse angehört haben, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 als erfüllt, solange sie in dieser Beitragsklasse verbleiben.
- Sofern die Voraussetzungen des Hinweises 1 erfüllt sind, findet Absatz 4 Satz 1 auch Anwendung für Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung hierzu nur für einzelne Aufwendungen Kostenanteile leistet.
- Sind die Voraussetzungen des Hinweises 1 nicht erfüllt, richtet sich der Bemessungssatz nach Absatz 1. Entsprechendes gilt für Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Kostenersatzung geleistet hat.
- Sofern eine Beitragsermäßigung nach § 240 Abs. 3 a SGB V gewährt wird, ist die Übergangsvorschrift in Artikel 2 Nr. 2 der Änderungsvorschrift vom 19. September 1989 zu beachten. Der danach erforderliche Nachweis über die Beitragshöhe für eine beihilfekonforme Krankenversicherung bzw. die Nichtaufnahme ist durch Angebote von mindestens zwei privaten Krankenversicherungen zu führen. Die Angebote sollen zum Feststellungszeitpunkt nicht älter als sechs Monate sein. Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 v.H. der Aufwendungen ermöglicht. In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 12,00 Euro täglich einzubeziehen. Der Nachweis über die Beitragshöhe gilt als erbracht bei den Personen, denen bis zum 30. Juni 1990 die Beitragsermäßigung nach § 248 Abs. 2 SGB V gewährt wurde.
- Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag bleiben unberücksichtigt.
- Für freiwillig versicherte Beamte, die in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind und für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen gemäß § 14 des SGB V Leistungen aus der Teilkostenersatzung nach § 56 der Satzung der Bundesknappschaft erhalten, finden § 14 Abs. 4 Satz 1 und § 5 Abs. 3 BfV keine Anwendung. Insoweit gelten die Bemessungssätze des § 14 Abs. 1 BfV.
- Kein Zuschuss im Sinne von Abs. 4 Satz 2 ist die Beitragsersatzung nach § 5 Abs. 3 Elternzeitverordnung – EltZV – bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine derartige Beitragsersatzung hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.

#### Zu Absatz 5

- Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes des Zuschussempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen; hierbei bleiben Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag unberücksichtigt.
- Hinweis 7 zu Abs. 4 gilt sinngemäß für Versicherte einer privaten Krankenversicherung.

#### Zu Absatz 6

- Für die Erteilung des notwendigen Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern zur Erhöhung des Bemessungssatzes gemäß Nummer 2 wegen hoher Beitragsbelastung bei einem Empfänger von Versorgungsbezügen (Absatz 1 Satz 2 Nr. 2) mit geringem Gesamteinkommen wird vorläufig folgender Maßstab zugrunde gelegt: Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung (vgl. Hinweis 4 zu Absatz 4) muss 15 v.H. des Gesamteinkommens übersteigen. Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI. Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um 10 v.H. Die Erhöhung gilt für den Versorgungsempfänger und den berücksichtigungsfähigen Ehegatten und erfolgt auf Dauer. Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 15 Abs. 1 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.
- Ein besonderer Ausnahmefall im Sinne der Nummer 2 kann auch vorliegen, wenn sich aus der Anwendung des § 5 Abs. 4 Nr. 4 Härten ergeben könnten.

#### § 15

##### Begrenzung der Beihilfen

- Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen – soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen – unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 11 Abs. 2 sowie § 12 Abs. 1 unberücksichtigt.
- Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich mit einem Vornhundertersatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vornhundertersatz von dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach §§ 8, 9 werden getrennt abgerechnet.

#### Zu § 15

#### Zu Absatz 1

Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. gegenüberzustellen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den §§ 6 bis 13 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z.B. Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen,

Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen für nicht verordnete Arzneimittel, für Mittel nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 4 sowie die nach § 6 Abs. 2 und Abs. 4 Satz 1 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Aufwendungen.

#### Zu Absatz 2

- Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag – etwa für die einzelnen Positionen – die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach §§ 8, 9, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.
- Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Vornhundertersatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.
- Übersteigt der Betrag der nach § 14 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

#### § 16

##### Beihilfen beim Tod des Beihilferechtigten

- Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilferechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod und aus Anlass des Todes entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod; für die Aufwendungen aus Anlass des Todes gilt § 12. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für Aufwendungen aus Anlass des Todes, für die abweichend von § 12 Abs. 1 ebenfalls Ausgabebelege vorzulegen sind.
- Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Absatz 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. Sind diese Personen Erben des Beihilferechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu Aufwendungen des Erlassers, die von diesem bezahlt worden sind. Die Beihilfe darf zusammen mit Sterbekund und Bestattungsgeldern sowie sonstigen Leistungen, die zur Dekung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

#### Zu § 16

- Für die bis zum Tod oder aus Anlass des Todes eines Beihilferechtigten für ihn und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen Aufwendungen sind die sich für die einzelnen Personen nach § 14 ergebenden Bemessungssätze zugrunde zu legen, wie sie am Tage vor dem Tod maßgebend waren.
- Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilferechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes noch erlassene Beihilfescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

#### § 17

##### Verfahren

- Beihilfen müssen vom Beihilferechtigten schriftlich beantragt werden. Es sind die vom Bundesministerium des Innern herausgegebenen Formblätter zu verwenden; zulässig sind auch amtliche EDV-Ausdrücke.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200,00 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15,00 Euro übersteigen.
- Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Würden mehreren Beihilferechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfen zustehen, wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für die Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen für Halbweisen.

(4) <sup>1</sup>Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege der Festsetzungsstelle vorzulegen. <sup>2</sup>Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheimzuhalten. <sup>3</sup>Sie dürfen nur für den Zweck verwandt werden, für den sie bekanntgegeben sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Berechtigung oder Verpflichtung zur Offenbarung oder der Beihilfeberechtigte oder der Angehörige ist damit schriftlich einverstanden.

(5) <sup>1</sup>Als Festsetzungsstellen entscheiden

1. die obersten Dienstbehörden über die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden über die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs,
3. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger.

<sup>2</sup>Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln.

(6) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen.

(7) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

(8) Ist in den Fällen des § 7 Abs. 2 Nr. 2 und § 13 Abs. 2 Nr. 2 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen sind.

(9) <sup>1</sup>Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. <sup>2</sup>Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 9 Abs. 4 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, nach § 11 Abs. 2 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt, nach § 12 Abs. 1 der Tag des Ablebens und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. <sup>3</sup>Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

## Zu § 17

### Zu Absatz 1

1. Aufwendungen für Halbweisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbweise nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung bestehen. Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 3 wird nicht begründet.
2. Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 2 erfüllt waren.
3. Beihilfen sind mit dem Formblatt 6 zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeempfänger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 90 BSHG. Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.

### Zu Absatz 2

Die Antragsgrenze von 200,00 Euro gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Diensttherm gewechselt hat.

### Zu Absatz 3

Die Aufwendungen sind nach Möglichkeit durch Originalbelege nachzuweisen. Duplikate, Kopien und Abschriften sollen anerkannt werden, wenn sie beglaubigt oder wenn sie erkennbar vom Rechnungssteller ausgefertigt sind, es sei denn, Originalbelege sind vorgeschrieben (§ 16 Abs. 1 Satz 3, § 17 Abs. 3 Satz 2).

### Zu Absatz 4

In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.

### Zu Absatz 6

Die Verwendung der Belege für Beihilfezwecke soll in der Weise kenntlich gemacht werden, dass auch bei mehreren Beihilfeberechtigungen andere Verwaltungen die Verwendung erkennen können.

### Zu Absatz 7

1. Soweit ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung, ein Sanatorium oder eine Dialyse-Institution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können auf Antrag des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen geleistet werden. Für die Beantragung können folgende Formblätter 9 und 10 verwendet werden: (Vom Abdruck der Formblätter 9 und 10 wurde aus Platzgründen abgesehen.)
2. In den Fällen des § 9 Abs. 4 und 7 kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten (Hinweis 3 zu § 9 Abs. 4) endgültig festzusetzen.

### Zu Absatz 9

1. Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen.
2. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 90 BSHG einen Beihilfeanspruch geltend machen. Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. Eine Überleitung nach § 90 BSHG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.
3. Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt den Beihilfeberechtigten nach § 29 BSHG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1).
4. Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg i.S. von Absatz 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung – den Erbringer der Leistungen (z.B. Heim, Anstalt),

- den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
  - die Art (z.B. Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
  - die Leistungshöhe
- enthält. Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. Ausnahmeweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

## § 18 Übergangs- und Schlussvorschriften

- (1) durch Zeitablauf gegenstandslos
- (2) durch Zeitablauf gegenstandslos
- (3) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne ohne die Beschränkung des § 12 Abs. 2 beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 v.H..
- (4) § 2 Abs. 4 Nr. 3 und § 4 Abs. 4 gelten für Personen, denen Leistungen nach § 19 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Abgeordnetenhauses von Berlin zustehen, nur dann, wenn sie diese Leistungen in Anspruch nehmen.
- (5) Das Bundesministerium des Innern regelt nach Anhörung des Auswärtigen Amtes, mit welchen Abweichungen diese Verwaltungsvorschriften auf die in das Ausland abgeordneten Beamten und die Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland anzuwenden sind.
- (6) Diese Verwaltungsvorschriften gelten nicht für die Deutsche Bundesbahn und diejenigen Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.
- (7) Die Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Post und Telekommunikation und dem Bundesministerium des Innern für die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse besondere Vorschriften erlassen.

## Artikel 2

### Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation

- (1) Beihilfefähig nach Artikel 1 sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln,
  2. aus Anlass eines beabsichtigten Schwangerschaftsabbruchs für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft,
  3. für die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch oder eine nicht rechtswidrige Sterilisation.
- (2) Aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sind nach Maßgabe des Artikels 1 beihilfefähig die in Artikel 1 § 6 Abs. 1 Nr. 1, 2, 6, 8 bis 10 Buchstabe a bezeichneten Aufwendungen.
- (3) Artikel 1 §§ 14, 15 und 17 findet Anwendung.

### Zu Artikel 2

#### Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation

1. Die Beihilfefähigkeit nach Artikel 1 ist insoweit gegeben, als die Voraussetzungen der §§ 1 bis 5 BhV vorliegen.
2. Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel (sog. Antibabypille) und Intrauterinpeessare (sog. Spirale) zur Empfängnisverhütung sind bei Personen bis zur Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres beihilfefähig. Artikel 1 § 6 Abs. 1 Nr. 2 Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

- 1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
- 2) Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10, 12 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z.B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
- 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- 6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
- 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.
- 8) Das notwendige Bindematerial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließspotsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
- 9) Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
- 10) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/ Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.
- 11) Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.

## Anhang 1

(zu Hinweis 7 zu § 5 Abs. 1 BvV)

Hinweise zum Gebührenrecht

### 1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

#### 1.1 Wegegeld und Besuchsgebühren

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Voraussetzungen für die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nach der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 48 bis 51 sowie Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstaben E bis H und K2 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinn liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht.“

Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig (Abschnitt B Ziffer 6 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nur in Betracht, wenn der Arzt nicht vereinbarungsgemäß oder regelmäßig beigezogen, sondern für einen bestimmten Patienten im konkreten Fall angefordert wird.“

#### 1.2 Ambulantes Operieren

Nach Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen können zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 berechnet werden. Die Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig und in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

#### 1.3 Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen

Nach Auffassung des zuständigen Bundesministeriums ist eine Leistungserbringung außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus für sich allein keine ausreichende Begründung für ein Überschreiten der Schwellenwerte nach § 5 Abs. 2 GOÄ (2,3facher bzw. 1,8facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

#### 1.4 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer ärztlicher Behandlung

Nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge (ausgenommen der Zuschlag nach Buchstabe J im Abschnitt B V) um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert.

Entsprechende Minderungssätze gelten nach § 7 GOZ auch für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen.

Der jeweilige Minderungsbetrag ist in der Rechnung anzugeben (§ 12 Abs. 2 Nr. 3 GOÄ bzw. § 10 Abs. 2 Nr. 3 GOZ). Für die Begründungspflicht bei Überschreiten der Schwellenwerte ist der Gebührensatz vor Abzug des Minderungsbetrages maßgebend (§ 12 Abs. 3 Satz 1 GOÄ bzw. § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Auslegung des § 6a GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Die Gebührenminderungspflicht nach § 6a Abs. 1 GOÄ gilt nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift für sämtliche vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die vorbezeichneten Leistungen im Einzelfall entstehen. Privatärztliche Leistungen, die in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer sonstigen Einrichtung erbracht werden, in die der Patient zur stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung aufgenommen ist oder in der er vor- oder nachstationär behandelt wird (stationäre Einrichtung), unterliegen daher mit Ausnahme

des Zuschlags nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der GOÄ ausnahmslos der Minderungspflicht. Dies gilt – selbst wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien einsetzt – z.B.

- für wahlärztliche, belegärztliche oder sonstige privatärztliche Leistungen (z.B. in privaten Krankenanstalten) sowie
- für konsiliarärztliche Leistungen in der stationären Einrichtung.

Als außerhalb der stationären Einrichtung erbracht können in diesem Zusammenhang demnach nur Leistungen angesehen werden, die an einem Ort erbracht werden, der zu der stationären Einrichtung, in die der Patient aufgenommen ist oder in der er vor- oder nachstationär behandelt wird, keinen Zusammenhang aufweist (z.B. Praxisräume eines niedergelassenen Arztes). Die Trennung muss für den Patienten deutlich erkennbar sein. Bei Leistungen, die in Räumen eines Krankenhauses durchgeführt werden, ist dies in der Regel nicht der Fall.

Im übrigen ist davon auszugehen, dass Ausnahmen von der Minderungspflicht nur für solche privatärztliche Leistungen in Betracht kommen können, die im Einzelfall in der stationären Einrichtung nicht erbracht werden können und deshalb an Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb der stationären Einrichtung vergeben werden müssen. In solchen Ausnahmefällen muss der Patient nach § 4 Abs. 5 GOÄ und ggf. in einer Vereinbarung gemäß BPIV darauf hingewiesen werden, dass ihm solche Leistungen gesondert berechnet werden. Andernfalls muss der Patient davon ausgehen können, dass alle an der stationären, teilstationären sowie vor- oder nachstationären ärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte der Minderungspflicht unterliegen. Die vorstehenden Ausführungen gelten für die Gebührenminderungspflicht bei privatärztlichen Leistungen nach § 7 GOZ entsprechend.“

#### 1.5 Analoge Bewertungen

Nach § 6 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht

### Verzeichnis der Analogbewertungen

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson finit einer Mindestdauer von 20 Minuten bei Asthma bronchiale, Hypertonie – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung	33	300	17,49
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	2,33
A 353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z.B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG Kontrolle, je Arterie	351	500	29,14
A 409	A-Bild-Sonographie	410	200	11,66
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z.B. ACE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z.B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock	476	380	22,15
A 618	H2-Atemtest (z.B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617	341	19,88
A 619	Durchführung des <sup>13</sup> C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotentiale im Frequenz- und Zellbereich (Spätpotential EKG)	652	445	25,94
A 704	Anatonomie	1791	148	8,63
A 795	Kippisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26
A 796	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad/- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650	152	8,86
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschall	1158	739	43,07
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z.B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfelstskatheters, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81
A 3732	Tioponin-T-Schnelltest	3741	200	11,60
A 3733	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736	120	7,00
A 3734	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736	120	7,00
A 3757	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z.B. Liquor-, Geienk- oder Pleurapunktat)	3760	70	4,08
A 4463	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462	230	13,41

aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen (analoge Bewertung). Das nachstehende, von der Bundesärztekammer zu einzelnen Leistungen herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen (Stand: 11.09.1998) ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

2. **Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)**  
Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern bestimmt sich nach § 5 Abs. 1 Satz 3 BfV. Danach sind derartige Aufwendungen angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des GebüH (herausgegeben 1985, Neuauflage in Euro zum 01.01.2002), jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmes der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen. Eine Leistungsübersicht des GebüH und die beihilfefähigen Höchstbeträge sind in Nr. 2.2 aufgeführt. Erläuternd ist dabei anzumerken:
  - a) Wenn unter einer GebüH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt sind, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist der beihilfefähige Betrag in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung untergliedert in A, B etc..
  - b) In die GOÄ nicht aufgenommene Leistungen wurden – soweit möglich – analog bewertet oder mit Anmerkungen versehen, die z.B. auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung nach § 6 Abs. 2 BfV hinweisen.
- 2.1 Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) wurde von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland 1985 herausgegeben (Neuaufgabe in Euro zum 01.01.2002) und ist im Folgenden aufgeführt:

#### Einführung

Heilpraktiker üben ihren Beruf eigenverantwortlich aus und halten zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG. Die Tätigkeit des Heilpraktikers beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit dem Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 BGB nicht an eine Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen. Der Heilpraktiker schließt mit dem Patienten einen Dienstvertrag (§§ 611 630 BGB), der ihn zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, den Patienten zur Gewährung einer Vergütung verpflichtet. Nach § 611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktiker und Patient überlassen. Wenn beim

Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, so gilt sie doch nach § 612 BGB als vereinbart.

Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Abs. 2).

Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB).

Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

In einer unter den in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Heilpraktikern durchgeführten Umfrage wurde die Höhe des durchschnittlich festgestellten Honorarrahmens ermittelt.

Die Auswertung der ermittelten Honorare fand ihren Niederschlag im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).

Das GebüH ist also keine Gebührentaxe, sondern ein Verzeichnis der durchschnittlich üblichen Vergütungen, welches als Berechnungshilfe bei der Rechnungserstellung dient.

Sofern die Höhe des Honorars vor der Behandlung nicht ausdrücklich vereinbart wurde, kann der Patient davon ausgehen, dass sie sich im Rahmen der im GebüH enthaltenen Beträge bewegt.

#### Allgemeine Grundsätze

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen, als auch für den möglichen Kostenträger übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

- a) Vor- und Zuname sowie die vollständige Adresse des Patienten
- b) die vollständige Diagnose  
Hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestellten und/oder behandelten Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt.
- c) jede Einzelleistung mit der entsprechenden GebüH-Ziffer
- d) jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung
- e) jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum  
Im Rahmen seines ganzheitlichen Behandlungszieles wendet der Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

Für die Anwendung von Injektions- und Infusionspräparaten bei erstattungsberechtigten Patienten ist die folgende Anmerkung zu beachten:

Nach § 4 Abs. 3 der Musterversicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen werden Arzneimittel grundsätzlich nur dann erstattet, wenn sie vom Behandler verordnet und vom Patienten aus der Apotheke bezogen werden. Ohne Rechtspflicht erstatten einige Kostenträger Arzneimittelkosten auch dann, wenn nicht der Patient das Arzneimittel (ggf. Ampullen) aus der Apotheke bezieht, sondern lediglich einzelne Ampullen aus Praxisvorräten verwendet werden und diese mit Namen und Preis auf der Rechnung erscheinen. Die Arzneimittel sollten aus rechtlichen Gründen, auf der Rechnung von den persönlichen Leistungen gesondert als AUSLAGEN ausgewiesen werden. Ampullen, die ohne gesonderte Berechnung zur Anwendung kommen, sind ebenfalls namentlich zu benennen.

Fremdleistungen, wie Kosten eines Fremdlabors, soweit der Heilpraktiker Laboruntersuchungen nicht im eigenen Labor oder als Gesellschafter einer Laborgemeinschaft erbringt, sind nur mit dem Gestehtungspreis berechenbar. Verauslagte Arzneimittel, wie Ampullen, Infusionsflaschen oder sonstige Materialien, können ebenso nur mit dem Gestehtungspreis zur Berechnung kommen. Alle Fremdleistungen sind auf der Rechnung grundsätzlich vom übrigen Honorar getrennt als AUSLAGEN auszuweisen.

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind nicht gesondert berechnungsfähig:

- Porto- und Versandkosten innerhalb einer Laborgemeinschaft, Kleinmaterialien wie Zellstoff- und Mulltupfer, Schnellverbandmittel, Verbandspray, Einmalspatel und -stäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, kleine Mull- und Zellstoffkompressen. (Werden wegen der Besonderheit, des Falles größere Mengen Mull oder Zellstoff benötigt, können diese mit dem Gestehtungspreis zur Berechnung kommen).
- Mittel zur Oberflächenanaesthetie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder und Salben sowie geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung.
- Einmalartikel, wie: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

Leistungen, die nicht im GebüH enthalten sind, können entsprechend einer ähnlichen Leistung im GebüH berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung kann erforderlich sein. Die Kennzeichnung der analogen Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Ziffer ist möglich.

Sofern keine analoge Leistungsziffer gegeben ist, kann die Leistung ohne GebüH-Ziffer mit einer Leistungsbeschreibung dargelegt werden. Das Zitieren aus anderen Leistungsverzeichnissen ist möglich.

- 2.2 Vom Abdruck des GebüH wurde aus Platzgründen abgesehen.

## Anlage 1

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BvV)

### Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

#### 1. Allgemeines

1.1 <sup>1</sup>Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BvV sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig. <sup>2</sup>Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

1.2 <sup>1</sup>Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. <sup>2</sup>Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.

1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.

#### 2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
  - beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
  - die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.
- <sup>2</sup>Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. <sup>3</sup>Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

2.2 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z.B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumata),
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

2.3 <sup>1</sup>Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

2.3.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. <sup>4</sup>Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1, weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. <sup>4</sup>Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. <sup>4</sup>Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.5 bei einer der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im

Verhältnis 1 zu 4. <sup>2</sup>Abweichungen bedürfen der Begründung. <sup>3</sup>Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.

2.4.1 <sup>1</sup>Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. <sup>2</sup>Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. <sup>3</sup>Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

2.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG – kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.2.2 <sup>1</sup>Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

<sup>2</sup>Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. <sup>3</sup>Ein Psychologischer Psychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.3.1 Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundiert und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.3.2 <sup>1</sup>Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

<sup>2</sup>Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. <sup>3</sup>Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.4 <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch

einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. <sup>2</sup>Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 2.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

#### Verhaltenstherapie

- 3.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
  - beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind, und
  - die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

<sup>2</sup>Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig. <sup>3</sup>Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist.

<sup>4</sup>Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. <sup>5</sup>Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. <sup>6</sup>Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

- 3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:
- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien),
  - vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
  - Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz.
  - seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
  - seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen).

- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden – erkennen lassen.

- 3.3 <sup>1</sup>Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung
- 40 Sitzungen,
  - bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen nicht überschreiten.

<sup>2</sup>Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig. <sup>3</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. <sup>4</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. <sup>5</sup>Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

- 3.4.1 <sup>1</sup>Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. <sup>2</sup>Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

- 3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefende Ausbildung erfahren hat.

- 3.4.2.2 <sup>1</sup>Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder
  - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

- 3.4.3 <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. <sup>2</sup>Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 3.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

4. Psychosomatische Grundversorgung  
Die psychosomatische Grundversorgung umfasst verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung üblicher und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose).

- 4.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:
- bei verbaler Intervention als einzige Leistung zehn Sitzungen;
  - bei autogenem Training und bei der Jacobsonischen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;
  - bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

<sup>2</sup>Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes sind beihilfefähig.

- 4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Padaudiologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.

- 4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.

- 4.4 <sup>1</sup>Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. <sup>2</sup>Autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

5. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren  
<sup>1</sup>Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig: Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heilerhythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, neuropsychologische Behandlung.

<sup>2</sup>Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

<sup>3</sup>Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

## Anlage 2

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BmV)

### Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den folgenden Maßgaben beihilfefähig.

#### 1. Zahntechnische Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik – außer Glaskeramik, nach Nummer 7 Buchstabe b – sind zu 60 vom Hundert beihilfefähig.

#### 2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

- die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern,
- ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird.

#### 3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

<sup>1</sup>Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),

- Zahnbetterkrankungen – Parodontopathien –,
- umfangreiche Gebiss-Sanierung, d.h. wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

<sup>2</sup>Außerdem ist der erhobene Befund mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt zu belegen.

#### 4. Implantologische Leistungen

<sup>1</sup>Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig.

- Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne in takt und nicht überkronungsbedürftig sind,
- Freiendücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
- Fixierung einer Totalprothese.

<sup>2</sup>Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig, Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

#### 5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

<sup>1</sup>Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände beihilfefähig. <sup>2</sup>Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Ver-

bindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig.

<sup>3</sup>Werden durch mehrere Einzelbrücken je Kiefer im einzelnen nicht mehr als drei beziehungsweise vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

#### 6. Wartezeit für Beamte auf Widerruf

<sup>1</sup>Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. <sup>3</sup>Dies gilt ferner nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist

#### 7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden,
- Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten, wie Charakterisierung.

### Anlage 3

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BfV)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind – ggf. im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind

Abduktionslagerungskeil  
Absauggerät (z.B. bei Kehlkopfkrankung)  
Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z.B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)  
Alarmgerät für Epileptiker  
Anatomische Brillenfassung  
Anti-Varus-Schuh  
Anus-praeter-Versorgungsartikel  
Anzieh-/Ausziehhilfen  
Aquamat  
Armmanschette  
Armtragegurt/-tuch  
Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-Stuhl  
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprüfung)  
Aufrichteschlaufe  
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)  
Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen  
Augenschieklappe, auch als Folie

Badestumpf  
Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthrit)  
Badewannenverkürzer  
Ballspritze  
Behinderten-Dreirad  
Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie  
Bettnässer-Weckgerät  
Beugebandage  
Billroth-Batist-Lätzchen  
Blasenfistelbandage  
Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)  
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)  
Blindenschriftmaschine  
Blindenstock/-langstock/-taststock  
Blullanzette  
Blutzuckermessgerät  
Bracelet  
Bruchband

Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)  
Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

Dekubitus-Schutzmittel (z.B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)  
Delta-Gehrad  
Drehscheibe, Umsetzhilfen  
Druckbeatmungsgerät  
Duschsitz/-stuhl

Einlagen (orthopädische)  
Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten  
Ekzem-Manschette  
Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten  
Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle, jedoch nicht Fahrradergometer  
Ernährungssonde

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)  
Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)  
Fingerling  
Fingerschiene  
Fixationshilfen  
(Mini)Fonator

Gehgipsgalosche  
Gehhilfen und -übungsgeräte  
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Kno-

chenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)  
Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien  
Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)  
Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)  
Gesichtstellersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)  
Gipsbett, Liegeschale  
Glasstäbchen  
Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz  
Gummistrümpfe

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze  
Handgelenkriemen  
Hebekissen  
Heimdialysegerät  
Helfende Hand, Scherenzange  
Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)  
Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör  
Hörgeräte (HdO, Taschengehör, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte bis zur Höhe der Kosten von HdO-Geräten)  
Hüftbandage (z.B. Hohmann-Bandage)

Impuls vibrator  
Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör  
Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, wäscher  
Innenschuh, orthopädischer  
Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, Pumpe, Injektor)  
Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen  
Ipos-Vorfußbelastungsschuh

Kanülen und Zubehör  
Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter  
Klumpfußschiene  
Klumphand-schiene  
Klyso  
Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern  
Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage  
Kniepolster/Kniebrüttscher bei Unterschenkelamputation  
Knöchel- und Gelenkstützen  
Körperersatzstücke einschl. Zubehör  
Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose  
Kordinator nach Schielbehandlung  
Kopfring mit Stab, Kopfschreiber  
Kopfschützer  
Krabbler für Spastiker  
Krampfaderrinde  
Krankenfahrstuhl mit Zubehör  
Krankenstock  
Kreuzstützbandage  
Krücke

Latextrichter bei Querschnittlähmung  
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden  
Lesegeräte für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen  
Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)  
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige  
Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)  
Lispelsonde

Mangoldsche Schnürbandage  
Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen  
Milchpumpe, in Einzelfällen auch elektrisch betrieben  
Mundsperrer  
Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u.ä., auch Haltemanschetten usw.  
Orthonyxie-Nagelkorrekturspange  
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen  
Pavlikbandage

Penisklemme  
Peroneusschiene, Heidelberger Winkel  
Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung  
Polarimeter

Ouengelschiene

Reflektometer  
Rektophor  
Rollbrett  
Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen  
Schede-Rad  
Schrägliegebrett  
Schutzbrille für Blinde  
Schutzhelm für Behinderte  
Schwellstromapparat  
Segofix-Bandagensystem  
Sitzkissen für Oberschenkelamputierte  
Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht  
Skolioseumkrümmungsbandage  
Spastikerhilfen (Gymnastik/Übungsgeräte)  
Sphinkter-Stimulator  
Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion  
Spreizfußbandage  
Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz  
Spritzen  
Stehübungsgerät  
Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik  
Strickleiter  
Stubbies  
Stumpfschuhhülle  
Stumpfstrumpf  
Suspensorium  
Symphysen-Gürtel

(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar  
Teleskoprampe  
Tinnitus-Masker, auch in Kombination mit Hörgeräten  
Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten  
Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)  
Tragegurtsitz

Übungsschiene  
Urinale  
Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe  
Wechseldruckgerät  
Wright-Peak-Flow-Meter

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.
3. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.
4. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.
5. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
6. <sup>1</sup>Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 Euro hinausgehen. <sup>2</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
7. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind für Personen, die das acht-

zehnte Lebensjahr vollendet haben, in Höhe von 80 vom Hundert beihilfefähig.

8. <sup>1</sup>Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z.B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z.B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall bei männlichen Personen vor Vollendung des 25. Lebensjahres oder bei weiblichen Personen vorliegt. <sup>2</sup>Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. <sup>3</sup>Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.

9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 5 Abs. 1), von geringem oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 6 Abs. 4 Nr. 3) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk

Adju-Set/-Sano

Angorawäsche

Aqua-Therapie-Hose

Arbeitsplatte zum Rollstuhl

Augenheizkissen

Autofahrerrückenstütze

Autokindersitz

Autokofferraumlifter

Autolifter

Badwannengleitschutz/-kopfstütze/-matte

Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)

Basalthermometer

Basisrampe

Bauchgurt

Behindertenstuhl „eibe“

Berkemannsandalen

Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie

Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze

Bett-Tisch

Bidet

Bill-Wanne

Blinden-Schreibsystem

Blinden-Uhr

Blutdruckmessgerät

Brückentisch

Corolle-Schuh

Dusche

Einkaufsnetz

Einmal-Handschuhe

Eisbeutel und -kompressen

Elektrische Schreibmaschine

Elektrische Zahnbürste

Elektrofahrzeuge (z.B. LARK, Graf Carello)

Elektro-Luftfilter

Electronic-Muscle-Control (EMC 1000)

Elektronisches Notizbuch

EB- und Trinkhilfen

Expander

Farberkennungsgerät

Fieberthermometer

(Funk-)Lichtwecker

Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

Ganter-Aktiv-Schuhe

(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)

Handtrainer

Hängeliege

Hantel (Federhantel)

Hausnotrufsystem

Hautschutzmittel

Heimtrainer

Heizdecke/-kissen

Hilfsgeräte für die Hausarbeit

Holzsandalen

Höhensonne

Hörkissen

Hörkragen Akusta-Coletta

Intrachallgerät „NOVAFON“

Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)

Ionisierungsgeräte (z.B. Ionisator PolliMed 100)

Ionopront, Permax-Sauerstoffzeuger

Katapultsitz

Katzenfell

Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst)

Knickfußstrumpf

Knoche Natur-Bruch-Slip

Kolorimeter

Kommunikationssystem

Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung

Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidekubitusbett)

Krankenunterlagen

Kreislaufgerät „Schiele“

Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil

Language-Master

Linguaduc-Schreibmaschine

Luftpolsterschuhe

Luftreinigungsgesäte

Magnetfolie

Monophonator

Munddusche

Nackenheizkissen

Nagelspanne Link

Öldispersionsapparat

Orthopädische Bade- und Turnschuhe

Prothesenschuh

Pulsfrequenzmesser

Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben

Rotlichtlampe

Rückentrainer

Salbenpinsel

Sauerstoffgeräte

Schlaftherapiegerät

Sicherheitsschuh, orthopädisch

Spezialsitze

Spirometer

Spranzbruchband

Sprossenwand

Sterilisator

Stimmübungsgerät für Kehlkopflose

Stockroller

Stockständer

Stützstrümpfe

Stufenbett

SUNTRONIC-System (AS 43)

Taktellgerät

Tamponapplikator

Tandem für Behinderte

Telefonverstärker

Telefonhalter

Therapeutische Wärmesegmente

Therapeutisches Bewegungsgerät

Transit-Rollstuhl

Treppenlift, Monolift, Plattformlift

Tünkers Butler

Übungsmatte

Umweltkontrollgerät

Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage

Wandstandgerät

WC-Sitz

Zahnpflegemittel

Zehenkorrektursandale

Zweirad für Behinderte.

10. <sup>1</sup>Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle,

die weder in dieser Anlage aufgeführt noch den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern. <sup>2</sup>Das Bundesministerium des Innern kann das Einvernehmen bei einzelnen Hilfsmitteln oder bei Gruppen von Hilfsmitteln allgemein erteilen. <sup>3</sup>Soweit das Einvernehmen allgemein erteilt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen.

11. Die Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

#### 11.1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen

<sup>1</sup>Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes. <sup>2</sup>Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. <sup>3</sup>Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.

#### 11.2 Brillen

Aufwendungen für Brillen sind – einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

- für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt): Euro  
Einstärkengläser:  
für das sph. Glas = 31,00 Euro  
für das cyl. Glas = 41,00 Euro  
Mehrstärkengläser:  
für das sph. Glas = 72,00 Euro  
für das cyl. Glas = 92,00 Euro
- bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien /dpt) zuzüglich je Glas = 21,00 Euro
- Dreistufen- oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas = 21,00 Euro
- Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas = 21,00 Euro

#### 11.3 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nr. 11.2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

#### 13.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 21,00 Euro

- bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
- bei Anisotropien ab 2 dpt,
- unabhängig von der Gläserstärke
  - a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
  - b) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
  - c) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

#### 13.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas bis zu 11,00 Euro

- bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z.B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsenrübungen),
- bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z.B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z.B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z.B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- bei Ziliareuralgie,
- bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- bei totaler Farbenblindheit,
- bei Albinismus,
- bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei

- praktischer Blindheit,
- bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z.B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
  - bei Gläsern ab + 10 dpt,
  - im Rahmen einer Fotochemotherapie,
  - bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.
- 11.4 Kontaktlinsen
- 11.4.1 Die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:
- Myopie ab 8 dpt,
  - progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von 3 Jahren nachweisbar ist,
  - Hyperopie ab 8 dpt,
  - irregulärer Astigmatismus,
  - Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
  - Astigmatismus obliquus ab 2 dpt,
  - Keratokonus,
  - Aphakie,
  - Aniseikonie,
  - Anisometropie ab 2 dpt,
  - als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,
  - als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,
  - als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,
  - druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.
- 11.4.2 Bei Vorliegen der Voraussetzungen der Nummer 11.4.1 sind die Mehraufwendungen für Kurzzeitlinsen (z.B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen beihilfefähig:
- Progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 dpt jährlich) nachweisbar ist,
  - Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,
  - Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
  - Ektropium,
  - Entropium,
  - Symblepharon,
  - Lidschlussinsuffizienz.
- 11.4.3 Sofern eine der Indikationen der Nummer 11.4.1, nicht jedoch nach Nummer 11.4.2 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.
- 11.4.4 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.
- 11.4.5 Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind die folgenden Aufwendungen – im Rahmen der Nr. 11.2 und 11.3 – beihilfefähig für:
- eine Reservebrille oder
  - eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinse und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie und bei über Vierzigjährigen.
- 11.5 Andere Sehhilfen
- <sup>1</sup>Müssen Schulkinder während des Sportsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang beihilfefähig:
- für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 11.2 und 11.3 (die Voraussetzungen der Nummer 11.3.1 entfallen),
  - für eine Brillenfassung bis zu 52,00 Euro.
- <sup>2</sup>Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohrlupe, elektronisches Lesegerät, Prismenlupe, u.a.) als beihilfefähig anerkannt werden.
- 11.6 Erneute Beschaffung von Sehhilfen
- Im übrigen sind die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
- sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
  - die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
  - bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.
- 11.7 Die Aufwendungen für
- Bildschirmbrillen
  - Brillenversicherungen
  - Etui
- sind nicht beihilfefähig.
12. <sup>1</sup>Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
- a) Anschaffungskosten für zwei Langstöcke sowie ggf. für elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung.
- b) <sup>1</sup>Aufwendungen für ein ambulant durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung:
- Stundensatz von höchstens 26,00 Euro für die Unterweisung bis zu 60 Stunden einschl. des erforderlichen Unterrichtsmaterials, darüber hinaus in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 20 Stunden,
  - Ersatz der notwendigen Fahrkosten für Fahrten des Trainers in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
  - Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainer nicht zumutbar ist, bis zu einem Betrag von 26,00 Euro täglich.
- <sup>2</sup>Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.
- c) Aufwendungen für ein stationär durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung:
- Fahrkosten für die An- und Abreise nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
  - Kursgebühr entsprechend Buchstabe b,
  - Kosten der Unterkunft nach § 6 Abs. 1 Nr. 10 Buchstabe a.
- <sup>2</sup>Soweit nach dem Grundtraining eine ergänzende Unterweisung am Wohnort des Blinden erforderlich ist, können die Aufwendungen im notwendigen Umfang unter entsprechender Anwendung des Buchstaben b anerkannt werden.
- d) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z.B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstaben b und c.
- e) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden.
- <sup>2</sup>Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.
- <sup>2</sup>Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. <sup>3</sup>Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

